Изъ терапевтической клиники проф. *В. А. Манассеина.*

Levin (A.) Pathology of the vagus, *Plates* and 173 *references.* (Abstr. L. 88, II. 78) [in Russian], 8vo. St. P., 1888.

№ 61.

No. 61.—Dr. Levin: Pathology of the Vagus.[7]

[7] Ibid., July 12th, 1888.

МАТЕРІАЛЫ ДЛЯ ПАТОЛОГІИ БЛУЖДАЮЩАГО НЕРВА.

ДИССЕРТАЦІЯ

НА СТЕПЕНЬ ДОКТОРА МЕДИЦИНЫ

АЛЕКСАНДРА ЛЕВИНА

ОРДИНАТОРА ТЕРАПЕВТИЧЕСКОЙ КЛИНИКИ ПРОФ. В. А. МАНАССЕИНА.

Цензорами, по порученію Конференціи, были профессора: В. А. Манассеинъ, Д. И. Кошлаковъ и приватъ-доцентъ К. Н. Виноградовъ.

С.-ПЕТЕРБУРГЪ.
Типографія М. М. Стасюлевича, Вас. Остр., 2 л., 7.
1888.

Изъ терапевтической клиники проф. *В. А. Манассеина.*

Серія диссертацій, защищавшихся въ ИМПЕРАТОРСКОЙ Военно-Медицинской Академіи въ 1887—1888 учебномъ году.

№ 61.

МАТЕРІАЛЫ ДЛЯ ПАТОЛОГІИ

БЛУЖДАЮЩАГО НЕРВА.

ДИССЕРТАЦІЯ

НА СТЕПЕНЬ ДОКТОРА МЕДИЦИНЫ

АЛЕКСАНДРА ЛЕВИНА

ОРДИНАТОРА ТЕРАПЕВТИЧЕСКОЙ КЛИНИКИ ПРОФ. В. А. МАНАССЕИНА.

Цензорами, по порученію Конференціи, были профессора:
В. А. Манассеинъ, Д. И. Кошлаковъ и прозекторъ К. Н. Виноградовъ.

С.-ПЕТЕРБУРГЪ.
Типографія М. М. Стасюлевича, Вас. Остр., 2 л., 7.
1888.

Докторскую диссертацію лекаря Александра Левина, подъ заглавіемъ: „Матеріалы для патологіи блуждающаго нерва,“ печатать дозволяется съ тѣмъ, чтобы по отпечатаніи оной было представлено въ конференцію Императорской военно-медицинской академіи 500 экземпляровъ ея. С.-Петербургъ. Апрѣля 16 дня 1888 г.

Ученый Секретарь *В. Пашутинъ.*

Le but, que je me propose, est beaucoup moins de combler une lacune, que de la signaler.

Aug. Fabre.

I.

Предварительныя замѣчанія.

Благодаря взаимной связи всѣхъ органовъ тѣла между собой, заболѣванія какого-нибудь одного органа могутъ сопровождаться или вызывать заболѣванія другихъ, иногда весьма отдаленныхъ, органовъ и притомъ не всѣхъ безразлично, а съ извѣстнымъ выборомъ; такимъ образомъ, извѣстныя мѣстныя заболѣванія обычно сопровождаются заболѣваніями лишь нѣкоторыхъ органовъ, какъ, напр., нефритъ гипертрофіей сердца, легочная чахотка язвами гортани, эмфизема увеличеніемъ печени, поліартритъ эндокардитомъ, etc.; заболѣванія же остальныхъ органовъ разсматриваются лишь какъ простая случайность, какъ, напр., глаукома у чахоточнаго или ракъ желудка у эмфизематика. Реальнымъ субстратомъ этой взаимной связи органовъ между собой мы, при современномъ состояніи нашихъ знаній, когда целлюлярная патологія установила автономію клѣточки и устранила всякаго рода таинственныя „симпатіи“ органовъ, можемъ считать лишь: 1) кровь и 2) нервную систему, причемъ кровь образуетъ патологическую связь между органами, главнымъ образомъ: a) какъ химическій агентъ (разнесеніе различныхъ ядовъ, etc.) и b) какъ механическій агентъ (разнесеніе микроорганизмовъ, венозные застои, etc.); нервная же система связываетъ заболѣвшіе органы при помощи всѣхъ тѣхъ чувствительныхъ, двигательныхъ, вазомоторныхъ и трофическихъ (?) импульсовъ, которые присущи ей въ физіологическомъ состояніи.

Несмотря на то, что эти „сопутствующія заболѣванія“ нерѣдко имѣютъ бóльшее клиническое значеніе, чѣмъ основная болѣзнь, надо сознаться, что патогенезъ ихъ, въ огромномъ большинствѣ случаевъ, еще совершенно теменъ. Мы даже далеко не всегда въ состояніи бываемъ съ увѣренностью сказать, что данное осложненіе, напр., эндокардитъ при общемъ сочленовномъ ревматизмѣ, обусловливается связующимъ дѣйствіемъ крови, а не нервной системы или наоборотъ. О томъ же, чтобы быть въ состояніи указать, какія именно вредныя химическія примѣси заносятся кровью изъ первично-заболѣвшаго органа въ сопутственно заболѣвающій, или прослѣдить, черезъ посредство какихъ именно частей нервной системы и какими изъ вышеперечисленныхъ видовъ нервныхъ импульсовъ устанавливается эта связь,—объ этомъ, за малыми исключеніями, пока не можетъ быть и рѣчи. Сравнительно лучше изученъ патогенезъ тѣхъ сочувственныхъ заболѣваній, гдѣ связующимъ звеномъ являются механическія разстройства движенія крови, и притомъ не только потому, что эти осложненія легче поддаются физіологическому анализу, но и потому, что стремленіе подводить патологическіе факты подъ механическія объясненія было вообще одной изъ основныхъ чертъ медицинской науки средины XIX вѣка, составляя отголосокъ механическаго направленія біологіи вообще. Поэтому патогенезъ тѣхъ патологическихъ фактовъ, которые безъ натяжекъ допускали механическое объясненіе, разрабатывался съ особенной любовью выдающимися патологами и клиницистами и блестящіе успѣхи, достигнутые на этомъ пути, заслоняли собою въ сознаніи врачей ряды фактовъ, механическое объясненіе которыхъ или было искусственно и натянуто, или вовсе не было дано. Въ послѣднемъ случаѣ предполагалось, что таковое объясненіе будетъ современемъ непремѣнно найдено, и потому пока не дѣлалось попытокъ поискать объясненія въ области химическаго или нервнаго взаимодѣйствія органовъ.

Но съ успѣхами физіологической химіи значеніе крови, какъ х и м и ч е с к а г о агента, связующаго между собою органы, стало все болѣе выясняться, и въ настоящее время въ попыткахъ установленія патогенетической связи болѣзненныхъ симптомовъ оно занимаетъ, по меньшей мѣрѣ, такое же мѣсто, какъ и механическіе моменты. Мало того, нѣкоторыя явленія, считавшіяся удовлетворительно объясненными механически, оказались доступными гораздо болѣе естественному объясненію съ химической точки зрѣнія. Такъ, напр., хотя удовлетворительнаго объясненія уремическихъ осложненій нефрита еще пока не найдено, однако,

огромное большинство изслѣдователей убѣждено, что его слѣдуетъ искать въ измѣненіяхъ химизма крови, и прежнее механическое объясненіе Traube (отекъ мозга съ послѣдовательнымъ сжатіемъ мозговыхъ сосудовъ) находитъ себѣ весьма мало сторонниковъ.

Къ сожалѣнію, роль нервной системы, какъ связующаго элемента различныхъ заболѣваній, до послѣдняго времени оставалась, сравнительно, въ тѣни. Если о ней и упоминалось въ клиническомъ анализѣ, то обыкновенно лишь въ общихъ чертахъ и въ видѣ, болѣе или менѣе, остроумныхъ гипотезъ. Детальныхъ же изслѣдованій, экспериментальныхъ или патолого-анатомическихъ, было весьма немного; между тѣмъ, и тѣ, и другія существенно необходимы и притомъ должны обнимать всѣ части нервной системы: периферическія окончанія, нервные стволы, гангліи, заложенные на протяженіи ихъ, и, наконецъ, собственно центральную нервную систему. Въ частности патолого-анатомическимъ изслѣдованіямъ предстоитъ выяснить, какія заболѣванія внутреннихъ органовъ сопровождаются заболѣваніемъ связанныхъ съ ними частей нервной системы и въ какихъ именно отдѣлахъ этой послѣдней,—въ окончаніяхъ, стволахъ, гангліяхъ или центрахъ,—заболѣваніе это локализуется. Пока не окончена систематическая обработка обширнаго, представляющагося при этомъ матеріала, до тѣхъ поръ истинное значеніе нервной системы въ патогенезѣ легко можетъ быть преувеличиваемо или наоборотъ оцѣниваемо слишкомъ низко, смотря по субъективнымъ воззрѣніямъ отдѣльныхъ патологовъ. Между тѣмъ, разработка этого предмета еще только началась и по нѣкоторымъ отдѣламъ, какъ, напр., по патологической анатоміи нервныхъ окончаній, еще почти ничего не сдѣлано.

Весьма понятно, что не всѣ отдѣлы нервной системы могутъ a priori считаться одинаково важными съ вышеизложенныхъ точекъ зрѣнія. Патологическія состоянія нервныхъ центровъ естественнымъ образомъ представляются болѣе важными, чѣмъ измѣненія нервныхъ стволовъ, имѣющихъ значеніе лишь служебныхъ частей, проводниковъ; въ первомъ случаѣ клиническія проявленія будутъ несравненно разнообразнѣе и значительнѣе, чѣмъ во второмъ. Значеніе же патологическихъ состояній нервныхъ узловъ представляется до сихъ поръ довольно темнымъ, главнымъ образомъ, вслѣдствіе весьма недостаточнаго числа наблюденій по этому предмету. Кромѣ патологіи симпатическихъ узловъ, сравнительно хорошо разработана, преимущественно трудами русскихъ изслѣдователей, патологія сердечныхъ и кишечныхъ ганглій, а въ

послѣднее время также отчасти межпозвоночныхъ узловъ спинномозговыхъ нервовъ. Что же касается до узловъ черепно-мозговыхъ нервовъ, то о патологіи ихъ намъ почти ничего неизвѣстно. Между тѣмъ, именно самые важные черепно-мозговые нервы—trigeminus, vagus, accessorius, glossopharyngeus и facialis—вскорѣ послѣ своего выхода изъ внутримозговыхъ скопленій нервныхъ клѣтокъ, которыя считаются ихъ центрами, вступаютъ въ новыя скопленія нервныхъ клѣтокъ, имѣющія, по крайней мѣрѣ, у тройничнаго (Ganglion Gasseri) и блуждающаго нерва (Ganglion trunci nervi vagi s. gan. nodosum), настолько значительный объемъ, что немногимъ уступаютъ въ этомъ отношеніи внутри-мозговымъ центрамъ и уже по одному этому заслуживаютъ вниманія физіолога и патолога и могутъ претендовать на названіе внѣмозговыхъ центровъ соотвѣтственныхъ нервовъ.

Едва-ли нужно доказывать, что изъ всѣхъ черепно-мозговыхъ нервовъ въ патологіи человѣка наиболѣе важную роль играетъ n. vagus по крайней сложности его многочисленныхъ функцій и тѣсной связи его почти со всѣми главнѣйшими внутренними органами.

Весьма понятно поэтому, что патологическая анатомія ганглій блуждающаго нерва представляетъ съ клинической точки зрѣнія наибольшій интересъ сравнительно съ узлами остальныхъ черепно-мозговыхъ нервовъ.

Цѣль нашей настоящей работы и заключаетя въ томъ, чтобы представить нѣкоторые матеріалы для микроскопической патологіи узла блуждающаго нерва при болѣзняхъ важнѣйшихъ органовъ, иннервируемыхъ этимъ нервомъ, и вмѣстѣ съ тѣмъ сгруппировать нѣкоторые симптомы и осложненія этихъ болѣзней, которые могли-бы быть объяснены найденными патологическими измѣненіями элементовъ этого узла.

Считаемъ не безполезнымъ вкратцѣ напомнить отношенія gangii trunci nervi vagi, руководствуясь при этомъ классическими описаніями Sappey'я [1]), Henle, [2]), Longet [3]), Hirschfeld'а [4]), Rüdinger'а [5]) и особенно Bang-Bendz'а [6]) и Solinville'я [7]).

Вскорѣ послѣ выхода своего изъ полости черепа черезъ foramen ingulare, n. vagus образуетъ отчетливое утолщеніе приблизительно въ полтора-два сантиметра длины, продолговатой, слегка веретенообразной формы, красновато-сѣраго цвѣта. Не всѣ волокна ствола блуждающаго нерва вступаютъ въ этотъ узелъ; нѣкоторыя изъ нихъ проходятъ по передней поверхности его и переходятъ частью въ n. laringeus superior, частью продолжаются

въ нижележащую часть ствола n. vagi, не принимая участія въ образованіи узла. N. laryngeus superior отходитъ или отъ верхняго конца узла, или нѣсколько ниже, отъ середины его передней поверхности. Съ наружнымъ краемъ узла перекрещивается n. hypoglossus, анастомозирующій съ нимъ нѣсколькими вѣточками. Книзу, кзади и кнаружи отъ узла лежитъ верхній шейный узелъ сочувственнаго нерва (g. cervicale superius), который также посылаетъ къ нему нѣсколько анастомотическихъ вѣтвей *). (Hirzel [8])). Внутренняя вѣтвь n. accessorii Willisii проходитъ вдоль задненаружнаго края узла, соединяясь съ нимъ многочисленными пучками волоконъ, а по наблюденіямъ Scarp'ы [9]) даже совершенно сливаясь съ нимъ.

Такимъ образомъ ganglion plexiforme s. nodosum есть тотъ исходный пунктъ, съ котораго собственно начинается n. vagus, ибо только въ этомъ пунктѣ блуждающій нервъ складывается вполнѣ, воспринимая съ одной стороны симпатическія волокна съ ихъ особенными функціями, а съ другой волокна n. accessorii, отъ которыхъ собственно и зависитъ главнымъ образомъ физіологическое вліяніе ствола n. vagi на сердце и на гортань. Ganglion nodosum есть перекрестокъ, въ нервныхъ клѣткахъ котораго сходятся и, безъ сомнѣнія, извѣстнымъ образомъ видоизмѣняются центробѣжные импульсы изъ различныхъ частей нервной системы, предназначенные для гортани, сердца, легкихъ пищевода, желудка и наконецъ солнечнаго сплетенія, изъ нервныхъ клѣтокъ котораго они, по всей вѣроятности послѣ вторичной переработки, наконецъ достигаютъ до кишечника. Здѣсь же сходятся центростремительные импульсы изъ всѣхъ этихъ органовъ, и важное значеніе этихъ центростремительныхъ импульсовъ, особенно идущихъ по n. laryngeus superior и по депрессорнымъ волокнамъ vagi, которыя у человѣка впадаютъ главнымъ образомъ въ laryngeus superior (Viti [11]), достаточно извѣстно.

Какъ ни скудны наши свѣдѣнія о физіологіи черепно-мозговыхъ узловъ вообще и ganglii nodosi въ частности, тѣмъ не менѣе уже изъ однихъ анатомическихъ отношеній этого узла съ очевидностью слѣдуетъ, что ganglion nodosum есть, послѣ внутримозговаго ядра vagi (Vaguskern), самая важная часть блуждающаго нерва. Отсюда само собой понятно, что для клинициста

*) У нѣкоторыхъ животныхъ (собака) ganglion nodosum даже сливается съ верхнимъ шейнымъ узломъ sympatici, хотя Лангенбахеръ [10]) отрицаетъ это.

весьма интересно знать, существуютъ-ли заболѣванія этого важнаго органа, когда они встрѣчаются и въ чемъ состоятъ.

Для того, чтобы дать посильный отвѣтъ на эти вопросы, я изслѣдовалъ микроскопически этотъ узелъ у 102 труповъ лицъ, умершихъ отъ болѣзней сердца, легочной чахотки, крупозной пневмоніи, брюшного тифа и нѣкоторыхъ другихъ мѣстныхъ и общихъ заболѣваній. Матеріалъ этотъ я собиралъ въ теченіе 1886 и 1887 года, присутствуя на вскрытіяхъ какъ въ патолого-анатомическомъ институтѣ Академіи, такъ и главнымъ образомъ въ Обуховской, Маріинской, Александровской Барачной и Петропавловской больницахъ, благодаря любезному разрѣшенію гг. главныхъ врачей этихъ больницъ: Ѳ. Ѳ. Германа, А. А. Нечаева, В. І. Алышевскаго, Н. И. Соколова и А Ф. Метцлера, которымъ и считаю долгомъ принести свою глубочайшую благодарность. Я старался, конечно, выбирать по возможности „чистые“ случаи; но, въ виду многосложности отношеній n. vagi къ различнымъ органамъ, мнѣ такъ часто приходилось самому колебаться въ оцѣнкѣ относительной „чистоты“ отдѣльныхъ случаевъ, что я счелъ необходимымъ дать читателю полную возможность проконтролировать меня въ этомъ отношеніи, приведя въ приложеніи in extenso протоколы вскрытій всѣхъ тѣхъ случаевъ, о которыхъ говорится въ текстѣ.

Отпрепаровавъ gan. nodosum, я подвергалъ его различной обработкѣ. Для сужденія о состояніи нервныхъ клѣтокъ небольшой кусочекъ узла подвергался расщепленію иголками въ каплѣ 6‰ раствора поваренной соли на предметномъ стеклѣ съ вышлифованнымъ углубленіемъ. Въ предварительной мацераціи въ какой-либо изъ существующихъ мацераціонныхъ жидкостей не представлялось надобности, такъ какъ нервныя клѣтки при осторожномъ расщепленіи довольно легко выпадаютъ изъ своихъ капсулъ и, если потомъ каплю жидкости, въ которой производилось расщепленіе, перенести на обыкновенное предметное стекло, то подъ микроскопомъ въ ней всегда оказывается нѣсколько штукъ изолированныхъ нервныхъ клѣтокъ. Если подъ углы покрывательнаго стеклышка помѣстить минимальной толщины капельки парафина для предохраненія клѣтокъ отъ расплющиванія и слѣдить за какой-нибудь изъ клѣтокъ въ то время, какъ она медленно проплываетъ черезъ поле зрѣнія микроскопа, поварачиваясь вокругъ самой себя въ различныхъ направленіяхъ, то можно составить себѣ совершенно ясное представленіе объ имѣющихся въ ея протоплазмѣ вдавленіяхъ, вакуоляхъ и т. п. дефектахъ и измѣненіяхъ формы.

Для фиксированія тканей съ цѣлью послѣдовательнаго уплотненія употреблялась мюллеровская жидкость, часто смѣнявшаяся по обычнымъ правиламъ, или осміевая кислота (1%). Послѣ 5 — 10-часового пребыванія въ этой послѣдней или 3-недѣльнаго въ мюллеровской жидкости и тщательной отмывки въ водѣ, узлы или помѣщались въ растворъ гумми-арабика въ глицеринѣ съ послѣдовательнымъ перенесеніемъ въ спиртъ до пріобрѣтенія достаточной твердости (1 — 2 дня), или же заливались въ парафинъ.

Я весьма часто прибѣгалъ также къ замораживанію фиксированныхъ мюллеровской жидкостью или осміевой кислотой узловъ, посредствомъ распыленія эѳира на замораживающемъ аппаратѣ Schantze. Замораживаніе свѣжихъ, необработанныхъ фиксирующими реагентами, нервныхъ узловъ представляетъ то неудобство, что при этомъ, какъ указали Axel Key и Retzius [12]), въ клѣткѣ образуются разнаго рода трещины и полости, которыя могутъ затѣмъ симулировать патологическія измѣненія. Но, послѣ тщательной фиксаціи тканей одной изъ упомянутыхъ жидкостей, даже такія нѣжныя образованія, какъ нервныя клѣтки, переносятъ замораживаніе весьма легко и, какъ показываетъ сравненіе препаратовъ изъ двухъ половинъ одного и того же угла, изъ которыхъ одна заливалась въ парафинъ или гумми-арабикъ, а другая замораживалась, сохраняютъ при этомъ свою естественную форму. Замораживаніе фиксированныхъ тканей для разрѣзовъ съ полнымъ одобреніемъ рекомендуется также Heller'омъ [13]), Bolles Lee и Henneguy [14]), Frey'емъ [15]) и Ziegler'омъ [16]). Д-ръ Вяжлинскій [17]), въ своей работѣ о всасываніи жира лейкоцитами кишечника, произведенной подъ руководствомъ проф. Н. П. Ивановскаго, также примѣнялъ этотъ методъ съ полнымъ успѣхомъ. Что же касается до такихъ патологоанатомическихъ измѣненій, какъ скопленія воспалительнаго грануляціоннаго инфильтрата, утолщеніе стѣнокъ сосудовъ или капсулъ нервныхъ клѣтокъ, кровоизліянія и т. п., то для оцѣнки ихъ вполнѣ пригодны и срѣзы изъ свѣжезамороженныхъ тканей.

Срѣзы, полученные по одному изъ названныхъ способовъ, подвергались затѣмъ окраскѣ, причемъ примѣнялись почти всѣ наиболѣе употребительныя въ микроскопической техникѣ красящія вещества. Всего чаще оказывалось достаточнымъ окраски квасцовымъ карминомъ Grenacher'а, гематоксилиномъ съ послѣдовательной окраской эозиномъ, или же, что даетъ несравненно лучшія картины, одновременно обоими этими веществами

въ видѣ Ehrlich'овскаго реагента *). Превосходныя картины получаются также при окраскѣ сафраниномъ и именно въ формѣ, предложенной Babes'омъ.

При употребленіи этого реагента, ядра соединительной ткани грануляціонныхъ элементовъ, шванновской оболочки, эндотелія нервныхъ капсулъ окрашиваются въ краснобурый цвѣтъ, міэлиновая обкладка нервныхъ волоконъ въ буроватожелтый, соединительная ткань остается почти безцвѣтной, тогда какъ нервныя клѣтки принимаютъ розовую окраску безъ дифференціальной окраски ихъ ядра. Хорошая дифференцировка тканей получается также при употребленіи реактива Merkel'я (Boraxcarmin+Boraxindigocarmin). Для того, чтобы избѣгнуть необходимаго при этомъ выщелачиванія въ насыщенномъ растворѣ щавелевой кислоты, можно пользоваться смѣсью (ana) Grenacher'овскаго кармина съ квасцевымъ растворомъ indigocarmin'a (1 gr. на 100 к. с. 4% раств. квасцовъ). При этомъ всѣ ядра принимаютъ обычный краснофіолетовый цвѣтъ, свойственный Grenacher'овскому кармину, тогда какъ протоплазма нервныхъ клѣтокъ принимаетъ зеленоватосинюю окраску.

Стараясь сгруппировать тѣ клиническіе факты, въ патогенезѣ которыхъ заболѣванія блуждающихъ нервовъ могли бы имѣть этіологическое значеніе, я, конечно, не могъ претендовать на полноту и ограничивался лишь сопоставленіемъ главнѣйшихъ фактовъ. Равнымъ образомъ, и въ литературныхъ указаніяхъ я ограничивался лишь такими работами, въ которыхъ или затрогивается вопросъ о патогенезѣ разбираемыхъ клиническихъ явленій, или же указывается дальнѣйшая литература предмета. Но, разумѣется, и здѣсь о полнотѣ литературныхъ указаній не можетъ быть и рѣчи, такъ какъ приходилось довольствоваться лишь наиболѣе важными и доступными работами. Во всѣхъ тѣхъ случаяхъ, гдѣ за невозможностью достать подлинники, приходилось цитировать по рефератамъ, это послѣднее обстоятельство категорически оговорено. Къ счастью, такихъ случаевъ оказалось не много, благодаря главнымъ образомъ тому обстоятельству, что кромѣ Академической и Публичной библіотеки, я имѣлъ возможность черпать larga manu и изъ частныхъ библіотекъ.

---

*) Реагентъ этотъ приготовляется слѣдующимъ образомъ: 0,5 gr. гематоксилина растворяютъ въ 100 к. с. спирта (95%) и смѣшиваютъ съ растворомъ полу-грамма эозина въ 100 к. с. 3% раствора квасцовъ + 100 к. с. глицерина. Давъ жидкости постоять дня 3, прибавляютъ 6—7 к. с. ac. acet. glac. Нѣсколько иная формула приведена у Bolles Lee et Henneguy. Traité des methodes techniques de l'anatomie microscopique. 1887. p. 110.

Въ слѣдующемъ § будутъ изложены результаты изслѣдованія gangliі nodosі nervі vagі въ рядѣ случаевъ брюшного тифа, а въ дальнѣйшихъ §§ будетъ сдѣлано тоже самое относительно пороковъ сердца и легочной чахотки.

II.

Брюшной тифъ.

Случаевъ брюшного тифа нами изслѣдовано двадцать шесть, причемъ весьма нерѣдко узелъ vagі уже простому глазу представлялся, особенно на разрѣзѣ, болѣе краснымъ и мягкимъ, пронизаннымъ красными полосками и точками, другими словами гиперемированнымъ.

При микроскопическомъ изслѣдованіи однимъ изъ наиболѣе постоянныхъ явленій оказывается гиперемія. Капилляры, мелкія артеріи и вены, густо набитыя красными кровяными тѣльцами, образуютъ мѣстами цѣлыя сѣти, особенно рѣзко и отчетливо выступающія на препаратахъ, окрашенныхъ реактивомъ Ehrlich'а. На болѣе мелкихъ венахъ, перерѣзанныхъ по длинѣ, если онѣ на сколько-нибудь значительномъ протяженіи лежатъ въ плоскости препарата, наблюдаются иногда эктазіи круглой или болѣе продолговатой формы, наполненныя красными кровяными шариками. Въ нѣкоторыхъ случаяхъ дѣло доходитъ до небольшихъ геморрагій, причемъ красныя кровяныя тѣльца густыми кучками располагаются между раздвинутыми нервными волокнами въ петляхъ соединительной ткани стромы. Кровоизліянія эти, очевидно, недавняго происхожденія, такъ какъ кровяные шарики представляются еще не успѣвшими подвергнуться какимъ-либо регрессивнымъ измѣненіямъ и довольно хорошо сохранившимися.

Состояніе нервныхъ клѣтокъ представляется весьма разнообразнымъ. Наряду съ совершенно нормальными клѣтками съ ровнымъ, закругленнымъ контуромъ, свѣтлой мелкозернистой протоплазмой и совершенно отчетливымъ, пузырькообразнымъ ядромъ, въ различномъ количествѣ встрѣчаются клѣтки, глубоко измѣненныя. Въ однихъ случаяхъ протоплазма клѣтокъ теряетъ свою нормальную мелкую зернистость и происходящій отъ того матовый видъ, становится болѣе гомогенною и пріобрѣтаетъ нѣкоторый стекловидный блескъ. Ядро въ такихъ клѣткахъ обыкновенно не имѣетъ пузырьковидной формы, а представляется

въ видѣ солиднаго тѣльца, сплошь окрашивающагося гематоксилиномъ и alaun-carmin'омъ. Но гораздо чаще встрѣчается зернистое перерожденіе клѣточной протоплазмы, при чемъ часть клѣтки, обыкновенно съ периферіи, а зачастую и вся клѣтка цѣликомъ (кромѣ ядра) превращается въ массу крупныхъ безцвѣтныхъ зернышекъ, рѣзко блестящихъ, неокрашивающихся отъ осміевой кислоты въ черный цвѣтъ и плохо или вовсе не окрашивающихся карминомъ. Такое измѣненіе протоплазмы клѣтки есть вѣрный провозвѣстникъ ея близкой гибели; по мѣрѣ того, какъ зернистое перерожденіе, начинающееся, какъ уже сказано, обыкновенно съ периферіи, прогрессируетъ по направленію къ центру, съ краевъ идетъ постепенное искрашиваніе клѣтки, превращеніе ея въ распадъ, причемъ отдѣльныя зернышки отдѣляются и, по всей вѣроятности, уносятся токомъ лимфы, циркулирующей въ полости капсулы и омывающей клѣтку Такимъ образомъ, къ тому времени, когда зернистое перерожденіе займетъ центральныя части клѣтки, она успѣваетъ уже значительно и притомъ неравномѣрно уменьшиться въ объемѣ и представляется тогда въ видѣ неправильно угловатой кучки зеренъ, между которыми ядра, обыкновенно, не видно, не потому, чтобы оно подверглось такому же процессу зернистаго перерожденія,—этого намъ не приходилось наблюдать, но просто потому, что прозрачная клѣточная протоплазма, превращаясь въ кучу зернышекъ, становится непрозрачной, подобно тому какъ слой толченаго стекла не прозраченъ, въ то время, какъ такой же толщины стеклянная пластинка вполнѣ прозрачна. Въ тѣхъ случаяхъ, когда разрѣзъ прошелъ черезъ клѣтку такъ, что ядро очутилось на поверхности разрѣза и не скрыто подъ слоемъ перерожденной протоплазмы, легко бываетъ убѣдиться, что оно, даже при далеко ушедшей зернистой дегенераціи клѣтки, не представляетъ опредѣленныхъ измѣненій. Когда въ качествѣ конечнаго стадія этого двойного процесса зернистаго перерожденія и искрашиванія и размыванія клѣточной протоплазмы, отъ клѣтки остается лишь небольшая кучка зернышекъ, величина которой не рѣдко бываетъ меньше величины ядра нормальной клѣтки, то при этомъ, разумѣется, и ядро должно такъ или иначе погибнуть. Но какимъ именно образомъ это происходитъ, какимъ морфологическимъ измѣненіямъ оно при этомъ подвергается, объ этомъ намъ неудалось составить себѣ опредѣленнаго представленія. Замѣтимъ по этому поводу, что и въ другихъ областяхъ патологическая анатомія клѣточнаго ядра далеко отстала отъ патологической анатоміи тѣла клѣтки.

Относительно, такъ называемаго, „пигментнаго перерожденія“ нервныхъ клѣтокъ, мы позволимъ себѣ ограничиться нѣсколькими словами. Хотя, какъ замѣтилъ уже Любимовъ, отложеніе пигмента въ нервныхъ клѣткахъ gangliore plexiforme n. vagi гораздо меньше распространено, чѣмъ въ клѣткахъ симпатическихъ узловъ, тѣмъ не менѣе, и здѣсь оно представляется постояннымъ, физіологическимъ явленіемъ. Оно встрѣчалось намъ рѣшительно во всѣхъ изслѣдованныхъ нами случаяхъ (а ихъ было болѣе 100); клѣтки, содержащія пигментъ даже въ весьма значительномъ количествѣ, представляются во всѣхъ другихъ отношеніяхъ совершенно нормальными, такъ что видѣть въ этой пигментаціи что-либо патологическое было-бы крайней натяжкой. Относительно свойствъ самого пигмента я не имѣю ничего прибавить къ даннымъ, представленнымъ въ работахъ Любимова[18]), Pio Foà [19]) etc. Надо, впрочемъ, признаться, что всѣ эти данныя очень мало способствуютъ выясненію самаго существеннаго вопроса, именно о происхожденіи этого пигмента и его физіологическомъ значеніи.

Другое весьма существенное измѣненіе нервныхъ клѣтокъ, которое встрѣчалось весьма часто у субъектовъ, умершихъ отъ брюшного тифа,—это, такъ-называемая, „вакуолизація“ клѣтокъ. Образованіе вакуолъ въ тѣлѣ нервныхъ клѣтокъ наблюдалось неоднократно многими изслѣдователями въ цѣломъ рядѣ патологическихъ состояній организма и составляетъ, повидимому, одинъ изъ обычныхъ способовъ, которыми выражаются анатомическія заболѣванія нервныхъ клѣтокъ. Вакуолъ въ клѣткѣ бываетъ или одна, — и въ такомъ случаѣ она нерѣдко достигаетъ такихъ размѣровъ, что отъ протоплазмы клѣтки остается лишь ободокъ неравномѣрной толщины,—или ихъ можетъ быть 2—3 и, наконецъ, столько, что вся клѣтка представляется въ видѣ рѣшета, или лучше сказать, въ видѣ губки. Протоплазма представляется лишь въ видѣ тоненькихъ мостиковъ или перегородокъ между вакуолями, но, поскольку она сохранилась, въ ней не замѣчается никакихъ особыхъ измѣненій: помутнѣнія, зернистости и т. п. Равнымъ образомъ, и ядро въ такихъ клѣткахъ представляется довольно хорошо сохранившимся. Такимъ образомъ, приходится думать, что процессъ вакуолизаціи не находится въ связи съ мутнымъ набуханіемъ и зернистымъ перерожденіемъ клѣтокъ, а составляетъ патологическій процессъ sui generis. Что касается до содержимаго этихъ вакуолей, то онѣ представляются въ полномъ смыслѣ слова „пустотами“, т.-е. полостями, лишенными всякаго оптически различимаго со-

держанія. Въ послѣднее время Лавдовскимъ [20]) было высказано предположеніе, что образованіе этихъ вакуолей обусловливается скопленіемъ въ веществѣ клѣтокъ неизвѣстнаго газа, который, быть можетъ, при ненормальныхъ условіяхъ является, какъ продуктъ разложенія протоплазмы. Намъ кажется, что взглядъ этотъ имѣетъ многое за себя и, между прочимъ, въ пользу его говоритъ слѣдующее обстоятельство. Если бы вакуоли были наполнены жидкостью, то трудно предположить, чтобы жидкость эта, трансудировавшая изъ протоплазмы клѣтки или изъ сосудовъ, ее окружающихъ, совершенно не содержала бы бѣлка, въ противность всѣмъ прочимъ извѣстнымъ намъ трансудатамъ. Но еслибы въ вакуоляхъ заключалась какая-нибудь бѣлокъ содержащая жидкость, то при обработкѣ узла реагентами, свертывающими бѣлокъ, какъ алкоголь, пикриновая кислота, въ вакуоляхъ образовывались бы зернистые осадки свернувшагося бѣлка, хотя бы въ минимальныхъ количествахъ; но этого послѣдняго обстоятельства намъ не случалось наблюдать.

Наконецъ, въ весьма многихъ случаяхъ (14 изъ 26) клѣтки представлялись значительно уменьшенными (атрофированными) съ неровными изъѣденными краями, причемъ дефекты краевъ имѣютъ часто полукруглое очертаніе. Отъ сильно атрофированныхъ клѣтокъ иногда остается лишь ничтожный остатокъ, обыкновенно прилегающій въ видѣ неправильнаго полумѣсяца къ одной изъ стѣнокъ капсулы, вся же остальная полость капсулы представляется пустою. Количество атрофированныхъ клѣтокъ въ нѣкоторыхъ случаяхъ бываетъ настолько велико, что нормальную довольно трудно найти. Атрофированныя клѣтки обыкновенно представляютъ помутнѣніе протоплазмы, но отчетливаго зернистаго перерожденія въ большинствѣ случаевъ не бываетъ (простая атрофія).

Нервныя клѣтки узла заключены каждая въ капсулу, стѣнка которой состоитъ изъ соединительнотканнаго кольца (въ разрѣзѣ,—въ сущности, конечно, полаго шара), выстланнаго внутри слоемъ эндотеліальныхъ клѣтокъ. Капсула эта составляетъ продолженіе и расширеніе, въ видѣ дивертикула, Шванновской оболочки нерва, въ который переходятъ отростки клѣтки. Значеніе этой капсулы для питанія нервной клѣтки остается пока весьма темнымъ. Какъ уже отмѣчено въ работѣ проф. Любимова, капсула эта въ узлѣ vagi значительно толще, чѣмъ въ узлахъ симпатической нервной системы. Различіе въ толщинѣ именно обусловливается большимъ развитіемъ соединительнотканнаго слоя, который въ симпатическихъ узлахъ едва замѣтенъ, а въ узлѣ vagi имѣетъ весьма значительную толщину,

представляясь въ видѣ концентрическихъ слоевъ волокнистой соединительной ткани, въ которой заложены обыкновенно въ 1 или 2, а иногда даже въ три ряда веретенообразныя ядра соединительнотканныхъ клѣтокъ. Для капсулъ симпатическихъ нервныхъ клѣтокъ это было-бы несомнѣнно патологическимъ утолщеніемъ, тогда какъ для капсулъ gangliі nodosi это есть нормальное, физіологическое явленіе. Это обстоятельство на первыхъ порахъ сильно затрудняетъ правильную оцѣнку состоянія капсулъ, пока глазъ не пріобрѣтетъ надлежащій навыкъ. Наконецъ. замѣчу еще, что иногда случается, что 2—3 нервныхъ волокна такъ тѣсно прилегаютъ къ капсулѣ, огибая ее почти полнымъ кругомъ, что съ перваго взгляда капсула кажется рѣзко утолщенной, но, конечно, при болѣе пристальномъ изслѣдованіи эта иллюзія разсѣевается.

Въ изслѣдованныхъ нами случаяхъ брюшного тифа измѣненія со стороны капсулъ наблюдались лишь въ тѣхъ случаяхъ, когда одновременно существовали измѣненія въ соединительнотканной стромѣ узла въ видѣ грануляціоннаго инфильтрата. Если этотъ послѣдній находится въ близкомъ сосѣдствѣ съ капсулой, то соединительнотканная часть ея тоже оказывается пронизанной круглыми тѣльцами. Другихъ какихъ-либо измѣненій ни со стороны волокнистаго слоя капсулы, ни со стороны эндотелія, выстилающаго ее, мы не наблюдали.

Почти въ половинѣ изслѣдованныхъ нами случаевъ (въ 11 изъ 26) въ стромѣ наблюдались бо́льшія или меньшія скопленія клѣточнаго инфильтрата. Инфильтратъ этотъ представлялся въ видѣ разбросанныхъ по препарату, неправильныхъ кучъ лимфоидныхъ тѣлецъ, по большей части, расположенныхъ въ сосѣдствѣ какого-нибудь кровеноснаго сосудца. Лимфоидныя тѣльца, образующія кучку, въ центрѣ ея бываютъ расположены всего гуще и тѣсно примыкаютъ другъ къ другу, а къ периферіи принимаютъ все болѣе и болѣе разсѣянное расположеніе. Сами лимфоидныя тѣльца обыкновенно состоятъ изъ ядеръ, окруженныхъ узенькимъ ободкомъ протоплазмы; но иногда въ периферическихъ частяхъ скопленія они представляются въ видѣ крупныхъ, богатыхъ протоплазмой, клѣтокъ круглой формы съ 1—2 ядрами неправильной бугристой формы, словомъ, въ видѣ образованій, вполнѣ сходныхъ съ лейкоцитами крови. Въ одномъ случаѣ (24) скопленія эти были на столько велики, что мѣстами занимали почти все поле зрѣнія микроскопа, совершенно заслоняя строеніе ткани узла. Такіе фокусы грануляціоннаго инфильтрата бываютъ обыкновенно неравномѣрно раз-

бросаны въ ткани узла; послѣ цѣлаго ряда срѣзовъ, не заключающихъ въ себѣ ни одного, слѣдуетъ нѣсколько срѣзовъ, изъ которыхъ въ каждомъ по 2—3 такихъ фокуса.

Ихъ не слѣдуетъ смѣшивать съ однимъ, опять-таки чисто физіологическимъ явленіемъ. Весьма часто у одного или у двухъ полюсовъ клѣточной капсулы замѣчаются скопленія клѣтокъ съ круглыми и веретенообразными ядрами. Эти скопленія соотвѣтствуютъ мѣсту выхода осевоцилиндрическихъ отростковъ клѣтки; въ томъ мѣстѣ, гдѣ нервный отростокъ покидаетъ капсулу, она также даетъ воронкообразное продолженіе, переходящее на нервный отростокъ и составляющее шванновскую оболочку образующагося нервнаго волокна. Въ мѣстѣ, соотвѣтствующемъ съуженію этой воронки, существуетъ всегда кучка круглыхъ и продолговатыхъ ядеръ. Если разрѣзъ прошелъ такъ, что связь этихъ скопленій съ клѣточной капсулой ясно видна, то, конечно, они не могутъ подать повода къ смѣшенію ихъ съ фокусами грануляціоннаго инфильтрата. Но если разрѣзъ снялъ лишь одинъ изъ полюсовъ капсулы такъ, что самая капсула съ заключенной въ ней клѣткой осталась выше или ниже плоскости разрѣза, то въ препаратѣ остается лишь вышеупомянутая кучка ядеръ, легко могущая быть принятой за фокусъ грануляціоннаго инфильтрата. Для отличія могутъ служить слѣдующіе признаки: 1) разница въ величинѣ; фокусы инфильтрата бываютъ обыкновенно гораздо больше, 2) разница въ густотѣ расположенія ядеръ; въ фокусахъ инфильтрата ядра лимфоидныхъ тѣлецъ лежать всего тѣснѣе въ центрѣ фокуса, а къ периферіи располагаются все рѣже и рѣже и, наконецъ, лежатъ совсѣмъ разбросанно, тогда какъ въ „полюсныхъ" скопленіяхъ они лежатъ одинаково густо и, кромѣ того, въ „полюсныхъ" скопленіяхъ обыкновенно имѣются и круглыя, и (въ меньшемъ количествѣ) веретенообразныя ядра, тогда какъ грануляціонный инфильтратъ исключительно изъ лимфоидныхъ элементовъ съ круглымъ ядромъ.

Такимъ образомъ, мы убѣдились, что въ теченіе брюшного тифа нерѣдко развиваются воспалительныя состоянія ganglii nodosi блуждающаго нерва, сказывающіяся значительной гипереміей, доходящей иногда до кровоизліяній, зернистымъ перерожденіемъ нервныхъ клѣтокъ, которое ведетъ къ превращенію многихъ нервныхъ клѣтокъ въ распадъ, вакуолизаціей клѣтокъ и атрофіей ихъ, и наконецъ, образованіемъ въ соединительнотканной стромѣ узла скопленій воспалительнаго, грануляціоннаго инфильтрата.

Если мы спросимъ себя теперь, не существуетъ-ли въ кли-

нической картинѣ брюшнаго тифа такихъ симптомовъ или осложненій, въ объясненіи патогенеза которыхъ могли-бы играть роль констатированныя нами анатомическія заболѣванія узловъ блуждающихъ нервовъ, то мы не замедлимъ придти къ утвердительному отвѣту. Во всѣхъ главнѣйшихъ органахъ, иннервируемыхъ блуждающимъ нервомъ, наблюдаются въ теченіе брюшнаго тифа функціональныя и анатомическія разстройства, патогенезъ которыхъ, какъ мы увидимъ ниже, еще далеко не вполнѣ выясненъ. Мы позволимъ себѣ вкратцѣ упомянуть о наиболѣе существенныхъ изъ этихъ разстройствъ и начнемъ съ гортани.

Въ гортани наблюдаются при брюшномъ тифѣ, главнымъ образомъ, различныя степени язвеннаго ларингита, перихондриты и рѣже разстройства иннерваціи гортанныхъ мышцъ.

По статистическихъ даннымъ, приводимымъ Griesinger'омъ[21]), язвенный ларингитъ былъ найденъ 31 разъ на 118 вскрытій брюшнаго тифа (26%), тогда какъ Hoffmann во время Базельской эпидеміи 1865—68 года на 250 вскрытій нашелъ 28 случаевъ laryngitidis ulcerosae (11%). Цифры эти, однако, далеко не выражаютъ дѣйствительной частоты этого осложненія, такъ какъ онѣ основаны исключительно на данныхъ вскрытія, ибо, въ виду затруднительности ларингоскопическаго изслѣдованія тяжелыхъ тифозныхъ, — а гортанныя осложненія брюшнаго тифа, какъ замѣчаетъ Trousseau[22]), именно больше всего свойственны тяжелымъ случаямъ,—изслѣдованіе это производится лишь въ исключительныхъ случаяхъ. Въ клиникѣ, слѣдовательно, осложненіе это встрѣчается значительно чаще, чѣмъ на секціонномъ столѣ.

Располагаются эти язвы всего охотнѣе на внутренней поверхности одного или обоихъ черпаловидныхъ хрящей, на заднихъ отдѣлахъ голосовыхъ связокъ и, наконецъ, на самыхъ разнообразныхъ мѣстахъ гортани (Löri[23]), а также на надгортанникѣ и нерѣдко принимаютъ дифтеритическій характеръ. Мы не станемъ вдаваться въ дальнѣйшее описаніе патологической анатоміи этихъ язвъ и ихъ клиническаго теченія, такъ какъ насъ здѣсь собственно занимаетъ вопросъ о патогенезѣ ихъ.

Dittrich[24]) уподоблялъ тифозныя язвы на черпаловидныхъ хрящахъ пролежнямъ, объясняя ихъ нажиманіемъ хрящей гортани на позвоночникъ при продолжительномъ лежаніи больнаго. Этотъ взглядъ, раздѣляемый Ziemssen'омъ[25]), оставляетъ совершенно безъ объясненія тѣ тифозныя язвы, которыя развиваются на внутренней поверхности черпаловидныхъ хрящей и на другихъ мѣстахъ гортани, не подвергающихся давленію при лежаніи, какъ напр., голосовыя связки. Съ другой стороны, мы

видимъ множество больныхъ, принужденныхъ, вслѣдствіе различныхъ хирургическихъ болѣзней, проводить въ лежачемъ положеніи гораздо больше времени, чѣмъ самый тяжелый тифозный, и, тѣмъ не менѣе, не получающихъ язвъ гортани, не смотря на то, что общее питаніе тканей у нихъ, напр., при продолжительныхъ нагноеніяхъ, страдаетъ нерѣдко болѣе, чѣмъ у тифозныхъ, правильно питаемыхъ.

Murchison[26]), подобно Chomel'ю[27]), Louis и Trousseau, считаетъ совершенно неосновательнымъ мнѣніе, будто эти язвы составляютъ результатъ непосредственной локализаціи тифознаго яда въ гортани и отрицаетъ излюбленную со времени Rokitansk'аго (см. напр., Wissemans[28]), аналогію ихъ съ тифозными язвами кишокъ. Онъ полагаетъ, что это язвы „катарральныя", составляющія просто исходъ или крайнюю степень катарральнаго ларингита, столь часто сопровождающаго брюшной тифъ. Совершенно того же мнѣнія держится и Hoffmann[29]) въ своемъ классическомъ трудѣ о патологической анатоміи брюшнаго тифа. Но, какъ извѣстно (и прекрасно описано тѣмъ же Hoffmann'омъ l. c. p. 241—2), при тифѣ катарръ слизистой оболочки составляетъ обычное явленіе не только въ гортани, но и въ трахеѣ, и въ бронхахъ, а между тѣмъ, язвы образуются именно въ гортани *). Съ другой стороны, тифозныя язвы гортани сплошь и рядомъ принимаютъ дифтеритическій характеръ и видѣть въ этомъ „усиленіе катарра до дифтерита", какъ это дѣлаетъ Hoffmann (l. c. p. 394: an den Schleimhäuten die Steigerung der katarrhalischen Entzündungen zu heftigeren Formen, zur Diphteritis) совсѣмъ не вяжется съ нашими современными воззрѣніями на дифтеритическій процессъ.

По Liebermeister'у[30]), тифозныя язвы гортани должны разсматриваться „какъ вторичныя измѣненія, зависящія отъ ограниченной „дифтеритической" инфильтраціи слизистой оболочки гортани". Намъ кажется, что такое объясненіе нисколько не способствуетъ уразумѣнію причинной связи этихъ язвъ съ тифознымъ процессомъ и равнымъ образомъ не объясняетъ и ихъ локализаціи именно въ гортани.

Gueneau de Mussy[31]) объясняетъ происхожденіе язвеннаго ларингита при брюшномъ тифѣ общей tendance congestive et

---

*) Diese tieferen Erkrankungen treten vorzugsweise in dem Kehlkopfe auf, die Luftröhre und die grösseren Bronchien dagegen sind von allen Abtheilungen der Respirationsorgane in der Regel diejenigen, welche die geringsten Veränderungen darbieten. Hoffmann. l. c. p. 241.

inflammatoire, „свойственной“ будто-бы этой болѣзни. Соединеніе этой tendance inflammatoire съ processus gangréneux и обусловливаетъ, по его мнѣнію, эти язвы гортани, которыя суть, въ сущности, ни что иное какъ „молекулярная гангрена“. Эта послѣдняя, по всей вѣроятности, должна быть приписана разрушительному дѣйствію инфекціоннаго яда (Il est propable qu'elles peuvent être imputées à l'action destructive du poison infectieux). И такъ, кромѣ неясныхъ фразъ о „воспалительныхъ наклонностяхъ“ брюшнаго тифа, Gueneau de Mussy возвращается къ старому взгляду, по которому язвенный ларингитъ есть результатъ такой же непосредственной локализаціи тифознаго яда, какъ и язвенный энтеритъ. Мы ниже увидимъ тѣ возраженія, которыя могутъ быть представлены противъ этого взгляда съ современной точки зрѣнія на тифозный процессъ.

Наоборотъ, Stoerk[32]) совершенно отрицаетъ всякую связь между тифознымъ язвеннымъ ларингитомъ и собственно тифомъ. По его мнѣнію, вслѣдствіе усиленной дыхательной дѣятельности, продолжительной высокой температуры, сухости слизистой оболочки рта и зѣва, а также и гортани, въ этой послѣдней образуется такое предрасположеніе къ изъязвленію, что всякая потеря эпителія быстро развивается въ язву.

Наиболѣе подробное патолого-гистологическое описаніе измѣненій гортани при брюшномъ тифѣ представлено Eppinger'омъ[33]). Самой частой формой тифознаго пораженія гортани онъ признаетъ язвы, образующіяся вслѣдствіе некроза эпителія слизистой оболочки, подъ вліяніемъ внѣдряющихся въ нее низшихъ организмовъ (necrosis epithelialis typhosa mycotica), причемъ воспалительной реакціи въ тканяхъ, примыкающихъ къ язвѣ, онъ не находилъ. Кромѣ этихъ язвъ, онъ описываетъ еще другія, гораздо рѣже встрѣчающіяся, обусловленныя изъязвленіемъ мозговидно-инфильтрованныхъ лимфатическихъ фолликулъ, встрѣчающихся кое-гдѣ въ гортани. Эти послѣднія онъ объясняетъ метастазами специфическаго тифознаго яда. Но и первую категорію язвъ онъ считаетъ результатомъ непосредственной локализаціи тифознаго яда, только не въ лимфоидныхъ фолликулахъ гортани, а въ эпителіи слизистой оболочки ея, такъ какъ тѣ микроорганизмы, которые онъ находилъ на микроскопическихъ препаратахъ этихъ язвъ, онъ, сообразно состоянію бактеріологіи въ концѣ 70-хъ годовъ, не задумываясь, считаетъ специфическими для брюшнаго тифа, несмотря на то, что микроорганизмы эти, какъ видно изъ его описанія и рисунковъ, предста-

вляли пеструю смѣсь микрококковъ и разнохарактерныхъ палочекъ.

Отнюдь не отрицая a priori возможности непосредственной локализаціи истинныхъ тифозныхъ палочекъ въ тканяхъ гортани съ послѣдовательнымъ образованіемъ язвъ, надо, однако, имѣть въ виду, во-первыхъ, что присутствіе тифозныхъ палочекъ въ тифозныхъ язвахъ гортани по сіе время точными способами никѣмъ не доказано, и во-вторыхъ, что современное состояніе бактеріологіи брюшнаго тифа говоритъ сворѣе противъ, чѣмъ въ пользу такой возможности.

Въ самомъ дѣлѣ, цѣлый рядъ точныхъ изслѣдованій, произведенныхъ въ послѣдніе годы, согласно всѣмъ требованіямъ современной бактеріологіи, показалъ, что осложненія брюшнаго тифа различными мѣстными заболѣваніями обусловливаются не локализаціей тифозныхъ палочекъ во вторично заболѣвшихъ органахъ, а совсѣмъ другими микроорганизмами, не специфичными для брюшнаго тифа.

Такъ E. Fränkel и Simmonds [34]), изслѣдовавъ посредствомъ разливокъ на пластинкахъ два случая долевой пневмоніи и по одному случаю дольчатой пневмоніи, гнойнаго менингита, плеврита, phlegmone retrotonsillaris и гнойнаго паротита *), осложнившихъ брюшной тифъ, ни разу не получали колоній тифозныхъ палочекъ, а только обычные піогенные микроорганизмы (Staphylococcus, Streptococcus pyogenes etc.).

Равнымъ образомъ Senger [35]), изслѣдуя микроскопически свѣжій веррукозный эндокардитъ двустворки, найденный на вскрытіи у женщины, умершей отъ брюшнаго тифа, не нашелъ тифозныхъ палочекъ, но зато массу стрептококковъ, а Дуниnъ [36]), при изслѣдованіи 4-хъ случаевъ тифа, осложненныхъ паротитами, флегмонами, фурункулами, во всѣхъ этихъ фокусахъ находилъ только кокки, которые въ культурахъ (въ 4-мъ случаѣ) оказались staphylococcus aureus и albus. Bacillus же typhosus не былъ найденъ ни разу.

Точно также и C. Seitz [37]), въ случаѣ брюшнаго тифа, осложненнаго рожей и нефритомъ, нашелъ какъ въ рожистыхъ частяхъ кожи, такъ и въ почкахъ. Streptococcus erysipelatis, но ни слѣда тифозныхъ бациллъ. Въ селезенкѣ же этого больнаго

*) Почти одновременно съ появленіемъ брошюры Fränkel'я и Simmonds'а, въ клиникѣ проф. В. А. Манассеина былъ изслѣдованъ бактеріоскопически случай гнойнаго паротита, осложнившій брюшной тифъ. Въ гноѣ не оказалось другихъ микроорганизмовъ, кромѣ Staphylococcus pyogenes aureus.

оказались одновременно, какъ bacillus typhosus, такъ и Streptococcus erysipelatis.

Въ виду этихъ данныхъ, представляется крайне вѣроятнымъ, что и гортанныя язвы обусловливаются, какъ описываетъ Eppinger, микотическимъ некрозомъ слизистой оболочки, причемъ микроорганизмы, вызывающіе этотъ процессъ, не суть специфическіе тифозные, а обыкновенные піогенные и, быть можетъ, септическіе виды микробовъ. Въ такомъ случаѣ, въ виду несомнѣнной причинной связи этого язвеннаго ларингита съ общимъ тифознымъ заболѣваніемъ, приходится предположить, что это послѣднее создаетъ для слизистой оболочки гортани особое предрасположеніе въ видѣ-ли разстройства кровообращенія или другой аномаліи питанія и что, благодаря этому предрасположенію, микроорганизмы, попадающіе въ гортань изъ полости рта или изъ вдыхаемаго воздуха, получаютъ возможность внѣдриться въ слизистую оболочку гортани и обнаружить свое разрушительное дѣйствіе. Тѣ заболѣванія ganglii nodosi nervi vagi, иннервирующаго гортань, которыя, какъ мы видѣли, нерѣдко возникаютъ въ теченіи брюшнаго тифа, безъ сомнѣнія, должны обусловливать разстройства иннерваціи гортани и ея слизистой оболочки. Невольно напрашивается мысль, не составляютъ ли именно эти разстройства иннерваціи того предрасположенія, о которомъ мы говорили выше?

Кромѣ язвеннаго ларингита и перихондритовъ (къ патогенезу которыхъ относится все сказанное относительно язвеннаго ларингита), въ гортани наблюдаются при брюшномъ тифѣ еще нѣкоторыя явленія, въ патогенезѣ которыхъ роль заболѣванія nervi vagi выступаетъ уже съ очевидною ясностью; мы говоримъ о параличахъ гортани, которые хотя и составляютъ далеко не частое явленіе при брюшномъ тифѣ, тѣмъ не менѣе, послѣ введенія ларингоскопа, описаны неоднократно солидными наблюдателями (Türck [38]), Traube [39], Nothnagel [40]), Rehn [41]), Zurhelle [42]), Pel [43]), Libermann [44]), Villemin [45]), и притомъ, что особенно интересно, параличи эти, въ нѣкоторыхъ случаяхъ, сочетались съ другими функціональными разстройствами со стороны блуждающаго нерва. Такъ, въ случаѣ Rehn'a одновременно съ параличемъ расширителей гортани наступило сильнѣйшее учащеніе сердцебіенія, а въ случаѣ Zurhelle у паціента въ концѣ брюшнаго тифа появилось сильное серцебіеніе, пульсъ упалъ до 36 и даже до 28, одна syncope слѣдовала за другой. Къ этому присоединилась упорная рвота и, наконецъ, развилась лѣвосторонняя (катарральная) пнеймонія

и параличъ обоихъ recurrentes. Случай кончился выздоровленіемъ.

Аномаліи дѣятельности сердца при брюшномъ тифѣ встрѣчаются такъ часто и имѣютъ такое существенное значеніе, что вопросъ о патогенезѣ ихъ долженъ представлять значительный интересъ.

Какъ извѣстно, (Griesinger l. c. 144—6, Murchison l. c. 122—3, Gueneau-de-Mussy l. c. p. 379—391, Hayem [46]), Stokes [47]) *), Liebermeister l. c. p. 73 и 142, Longuet [48])) въ теченіе брюшнаго тифа наблюдаются, главнымъ образомъ, двоякаго рода аномаліи сердечной дѣятельности: 1) явленія сердечной слабости, въ тѣсномъ смыслѣ, и 2) аномаліи ритма сердечныхъ сокращеній. Первыя выражаются преимущественно слабостью сердечнаго толчка, пониженіемъ периферическихъ температуръ, ослабленіемъ перваго тона иногда до полнаго его исчезновенія, иногда расширеніемъ праваго сердца (Skoda [49])) и систолическими шумами у верхушки (Farbe [50])). Вторыя выражаются, главнымъ образомъ, въ пульсѣ, который отличается, во-первыхъ, частотой; и притомъ частота пульса, т. е. число сердцебіеній въ единицу времени, зачастую не находится ни въ какой зависимости отъ температуры. Такъ, по наблюденіямъ Murchison'a и Griesinger'a, пульсъ нерѣдко бываетъ между 60 и 80 при 39° и 40°. Иногда наблюдается паденіе числа сердечныхъ сокращеній ниже 60 во время высокой t° и, наоборотъ, чрезвычайная частота пульса въ періодѣ выздоровленія, при нормальной t°. Кромѣ того, извѣстно, что и при нормальной частотѣ пульса въ періодѣ выздоровленія весьма нерѣдко наблюдается чрезвычайная раздражительность сердца, такъ что ничтожныя физическія усилія (напр., неособенно быстрая прогулка по комнатѣ взадъ и впередъ), дающія у здороваго субъекта ускоренія сердцебіенія на 20—25 ударовъ, вызываютъ у ex-тифознаго учащеніе пульса на 50—60 ударовъ. Далѣе, особенно начиная съ третьей недѣли, часто наблюдаются перебои сердца, сфигмографически изслѣдованные Hayem'омъ (l. c. p. 9—10).

Патогенезъ всѣхъ этихъ аномалій сердечной дѣятельности огромнымъ большинствомъ авторовъ, подъ вліяніемъ, главнымъ образомъ, воззрѣній Hayem'a и Liebermeister'a, сводится

*) Къ сожалѣнію, Stokes не дѣлаетъ строгаго различія между сыпнымъ, брюшнымъ и возвратнымъ тифомъ (typhus, typhoid fever и relapsing fever), что, въ значительной степени, затрудняетъ пользованіе его прекрасными описаніями.

къ такъ называемому тифозному міокардиту. Съ тѣхъ поръ, какъ Zenker описалъ своеобразныя измѣненія рубчатыхъ мышцъ при брюшномъ тифѣ, весьма естественно было ожидать такихъ же или подобныхъ измѣненій и въ сердечной мышцѣ, и, дѣйствительно, цѣлый рядъ изслѣдователей (Zenker, E. Wagner, Hoffmann l. c., Hayem l. c., Hippolyte Martin [51]), Landouzy и Siredey [52]), Stein) поставили внѣ всякаго сомнѣнія тотъ фактъ, что въ теченіи брюшнаго тифа развиваются различныя патологическія измѣненія въ сердечной мышцѣ, какъ дегенеративнаго (жировое, восковидное перерожденіе, мутное набуханіе etc.), такъ и (рѣже) прогрессивнаго характера (интерстиціальная инфильтрація лимфоидными тѣльцами, размноженіе ядеръ въ мышечныхъ волокнахъ, острый пери-и эндоартеритъ). Этими-то измѣненіями мускулатуры сердца, какъ вышеназванные изслѣдователи, такъ и другіе авторы, разбиравшіе лишь клиническую симптоматологію пораженій сердца при брюшномъ тифѣ (Fabre, Gueneau de Mussy, Liebermeister) и объясняютъ всѣ указанныя выше аномаліи сердечной дѣятельности. Намъ кажется, что такой взглядъ страдаетъ односторонностью. Перерожденіе сердечной мышцы даетъ вполнѣ естественное объясненіе явленій слабости ея сокращеній, такъ-называемой асистоліи, но измѣненія ритма сердечной дѣятельности, о которыхъ мы говорили выше, какъ намъ кажется, не могутъ быть безъ натяжки объяснены перерожденіемъ мускулатуры сердца. Ритмъ сердечныхъ сокращеній есть результатъ воздѣйствія на сердце нервной системы, и, слѣдовательно, аномаліи ритма суть аномаліи иннерваціи сердца. Съ этой точки зрѣнія констатированныя нами заболѣванія узловъ блуждающаго нерва могли бы имѣть болѣе существенное значеніе въ патогенезѣ тифозныхъ аномалій сердечной дѣятельности, чѣмъ измѣненія мускулатуры сердца. Подобнаго же воззрѣнія держатся нѣкоторые, немногіе, правда, клиницисты, на основаніи чисто клиническихъ данныхъ.

Такъ, проф. Hardy въ диссертаціи одного изъ своихъ учениковъ, д-ра Madet [53]), разбирая длинный рядъ случаевъ брюшнаго тифа, представлявшихъ чрезмѣрную частоту сердцебіеній при сравнительно невысокой t^0 и обратно, приходитъ къ такому заключенію: „c'est donc dans les lesions du système nerveux, qu'il faut, à notre avis, rechercher la cause de la fréquence du pouls; c'est là même ce qui en fait la valeur pronostique si sombre“ и прямо указываетъ на блуждающій нервъ, какъ на заболѣвающую при этомъ часть нервной системы, сводя

свое мнѣніе къ слѣдующей формулѣ: „fréquence du pouls=lesion du système nerveux central pneumogastrique". Правда, при этомъ онъ исключительно имѣетъ въ виду внутримозговой узелъ блуждающаго нерва (Vaguskern), совершенно упуская изъ виду возможность заболѣванія внѣмозговой части блуждающаго нерва. Но это объясняется лишь тѣмъ всеобщимъ пренебреженіемъ, въ которомъ, до послѣдняго времени, находилась периферическая нервная система. Равнымъ образомъ и Demange [54]) признаетъ тифозную аритмію и тахикардію за результатъ заболѣванія нервной системы сердца и въ частности,—опять-таки по той же самой причинѣ, что и Hardy,—продолговатаго мозга („A quoi donc attribuer cette accélération désordonnée du coeur, si ce n'est à un trouble purement nerveux, á une modification de l'innervation bulbaire! Ya-t-il là paralysie du nerf frénateur du coeur, c'est à dire du pneumogastrique? y-a-t-il au contraire excitation exagérée du nerf accélérateur, des filets du grand sympathique? On comprend que cette question reste à peu prés insoluble"). Scoda (l. c.) прямо сводитъ не только разстройства сердечнаго ритма, но и систолическіе шумы у верхушки и расширеніе праваго сердца, наблюдаемое иногда въ подобныхъ случаяхъ, на парезъ сердечной мускулатуры вслѣдствіе разстройства ея иннерваціи.

Есть еще одно явленіе въ клинической картинѣ брюшнаго тифа, тѣсно связанное съ заболѣваніемъ сердца и довольно еще неясное по своему патогенезу. Это такъ называемая „внезапная смерть".

Въ 1869 году Dieulafoy въ своей диссертаціи описалъ 14 случаевъ, гдѣ въ концѣ брюшнаго тифа или уже въ періодѣ выздоровленія внезапно наступала смерть среди полной эйфоріи, безъ всякихъ предвѣстниковъ, причемъ иногда остановка сердца сопровождалась клоническими судорогами мышцъ лица или одной или даже обѣихъ половинъ тѣла; но во многихъ случаяхъ и этого не было. Съ тѣхъ поръ во французской литературѣ появился цѣлый рядъ работъ, обнимающій до 80 случаевъ такого рода „внезапной смерти" (mort subite). Dieulafoy [55, 66]), Bussard [56]), Besnier [57]), Laveran [58]), Carville [59]), Longuet, Genuit [60]), Menaut [61]), Tambarcau [62]), Libermann [63], Huchard [64, 65]), Weil [67]), Marvaud [68]), Rabère [69]), Barberet-Chouet [70]), Dejerine [71]), Blachez [72]).

Относительно патогенеза этого явленія всѣ наблюдатели согласны въ томъ, что смерть въ этихъ случаяхъ наступаетъ вслѣдствіе паралича сердца; что же касается до причинъ, обус-

словливающихъ этотъ параличъ, то на этотъ счетъ мнѣнія расходятся.

По мнѣнію Dieulafoy, остановка сердца есть рефлекторное явленіе; центростремительными приводами служатъ брыжжеечныя волокна n. sympatici, раздражаемыя язвеннымъ процессомъ въ кишкахъ, а центробѣжнымъ приводомъ—n. vagus. Но, какъ справедливо замѣчаетъ Huchard, теорія эта не объясняетъ намъ почему случаи внезапной смерти наблюдаются наичаще въ періодѣ выздоровленія отъ брюшнаго тифа, когда язвы уже зарубцевались и обусловливаемое ими раздраженіе чувствительныхъ нервовъ прекратилось, почему при другихъ болѣзняхъ, обусловливающихъ сильное раздраженіе чувствительныхъ нервовъ брыжжейки и кишекъ, какъ, напр., перитонитъ, дизентерія, helminthiasis, внезапная смерть не наблюдается?

По другому взгляду, высказанному Laveran'омъ и Bussard'омъ, ближайшей причиной остановки сердца служитъ острое малокровіе продолговатаго мозга подъ вліяніемъ какой-нибудь случайной причины, подѣйствовавшей на субъекта съ общимъ малокровіемъ, обусловленнымъ истощающимъ вліяніемъ брюшнаго тифа. Что брюшной тифъ весьма часто обусловливаетъ довольно значительныя степени малокровія, это фактъ, не подлежащій сомнѣнію; но, какъ извѣстно, есть болѣзни, какъ, напр., чахотка, метроррагіи и пр., при которыхъ малокровіе достигаетъ несравненно большихъ степеней, и однако „внезапная смерть" наблюдается крайне рѣдко.

Наконецъ, Hayem считаетъ возможнымъ объяснить „внезапную смерть" при брюшномъ тифѣ параличемъ сердца вслѣдствіе міокардита, наблюдавшагося имъ во многихъ случаяхъ брюшнаго тифа и въ томъ числѣ въ нѣсколькихъ случаяхъ „внезапной смерти". Но, къ сожалѣнію, въ цѣломъ рядѣ случаевъ „внезапной смерти", сопоставленныхъ въ работѣ Huchard'а, несмотря на самое тщательное изслѣдованіе сердечной мышцы, никакихъ патолого-гистологическихъ измѣненій въ ней не оказалось; и, слѣдовательно, какъ замѣчаетъ Dieulafoy въ своей второй работѣ (p. 342), если „внезапная смерть" при брюшномъ тифѣ можетъ наступать и безъ всякихъ измѣненій въ сердечной мышцѣ, то ясно, что эти измѣненія не составляютъ единственной причины этого явленія.

Въ новѣйшее время появилось нѣсколько работъ, гдѣ описываются случаи „внезапной смерти" при брюшномъ тифѣ, объяснимые различными, спеціальными для каждаго отдѣльнаго случая, условіями. Авторы этихъ работъ не задаются цѣлью

представить общую теорію, примѣнимую ко всѣмъ случаямъ „внезапной смерти", а стараются лишь найти болѣе или менѣе вѣроятныя причины „внезапной смерти" тѣхъ отдѣльныхъ случаевъ, которые имъ представлялись. Такъ, Genuit полагаетъ, что нѣкоторые случаи „внезапной смерти", гдѣ при вскрытіи единственнымъ патологическимъ измѣненіемъ оказывался паренхиматозный нефритъ, могутъ быть отнесены на счетъ уреміи; Marvaud въ нѣсколькихъ случаяхъ находилъ въ правомъ сердцѣ прижизненные фибринозные свертки, могущіе внезапно закупоривать легочную артерію, и считаетъ ихъ возможной причиной смерти. Barberet и Chouet наблюдали въ одномъ случаѣ закупорку атероматозной art. fossae Sylvii и т. д.

Такимъ образомъ, если ни одна изъ теорій, предложенныхъ для объясненія всѣхъ случаевъ „внезапной смерти" не удовлетворяетъ своему назначенію, то всего естественнѣе признать, что причины „внезапной смерти" могутъ быть весьма различны и требуютъ въ каждомъ отдѣльномъ случаѣ спеціальныхъ поисковъ. Всѣ наблюдатели согласны, что смерть при этомъ наступаетъ отъ внезапной остановки сердца. Остается въ каждомъ отдѣльномъ случаѣ искать ближайшую причину этой остановки сердца. Въ числѣ такихъ причинъ, конечно, никакъ нельзя игнорировать заболѣванія нервной системы сердца и въ частности заболѣванія блуждающаго нерва, разъ вообще доказано, что эти послѣднія встрѣчаются въ теченіе брюшнаго тифа далеко нерѣдко. Поэтому на будущее время намъ кажется необходимымъ во всѣхъ случаяхъ „внезапной смерти" при брюшномъ тифѣ подвергать тщательному микроскопическому изслѣдованію не только сердечную мышцу, какъ это дѣлалось до сихъ поръ, и не только нервные узлы самого сердца, но также и узелъ блуждающаго нерва.

Изъ всѣхъ осложненій брюшнаго тифа самыя частыя — это, безъ сомнѣнія, тѣ, которыя поражаютъ легочную ткань (Girard[73]), Destais[74]), Guillermet[75]).

Осложненія эти такъ обыкновенны, что тифозный, у котораго на вскрытіи легочная ткань оказывается нормальной, можетъ, по справедливости, считаться исключеніемъ. Вмѣстѣ съ тѣмъ осложненія эти чрезвычайно разнообразны по характеру и по патогенезу. Одни изъ нихъ допускаютъ чисто-механическое объясненіе, какъ. напр. гипостазы, геморрагическіе инфаркты, отекъ легкихъ; относительно же другихъ, какъ бронхитъ, катарральная пневмонія, плевритъ, гангрена легкихъ, просовидная бугорчатка, патогенетическая связь съ основнымъ

заболѣваніемъ представляется весьма неясною. Изслѣдованія послѣднихъ лѣтъ, особенно Fränkel'я и Simmonds'a, о которыхъ мы уже упоминали выше, не даютъ намъ права согласиться съ предположеніемъ Gerhardt'a[76], будто-бы долевая пневмонія, нерѣдко осложняющая брюшной тифъ, есть результатъ локализаціи тифозныхъ бациллъ въ легкомъ. Не только въ двухъ случаяхъ долевой пневмоніи, но и при дольчатой пневмоніи, плевритѣ, легочной гангренѣ, гнойномъ менингитѣ и другихъ осложненіяхъ брюшнаго тифа Fränkel и Simmonds не нашли ни разу тифозныхъ бациллъ, тогда какъ обыкновенные, преимущественно піогенные кокки всегда оказывались во множествѣ. Въ виду такихъ фактовъ, намъ кажется наиболѣе соотвѣтствующимъ современному состоянію науки то воззрѣніе на патогенезъ этихъ осложненій, по которому брюшной тифъ создаетъ въ легкихъ особое предрасположеніе, благодаря которому различные патогенные микроорганизмы находятъ въ немъ удобную для себя почву. Изъ какихъ анатомическихъ и физіологическихъ измѣненій въ легкихъ складывается это предрасположеніе, въ настоящее время сказать трудно. Но что разстройство иннерваціи легкихъ должно играть видную роль въ ряду такихъ предрасполагающихъ моментовъ, это едва ли кому покажется сомнительнымъ. Съ этой точки зрѣнія заболѣванія блуждающаго нерва, наблюдаемыя въ теченіи брюшнаго тифа, представляются намъ нелишенными извѣстнаго значенія для объясненія патогенеза этихъ осложненій брюшнаго тифа.

Изъ функціональныхъ разстройствъ пищеварительнаго аппарата, наблюдаемыхъ при брюшномъ тифѣ, мы позволимъ себѣ остановить вниманіе читателя на судорожной дисфагіи и на рвотѣ. И то и другое явленіе наблюдается при брюшномъ тифѣ неособенно рѣдко. Louis наблюдалъ дисфагію у 23 изъ 101 тифозныхъ. Она обусловливается спазмомъ pharyngis, который какъ показываютъ наблюденія Fritz'a[77]), можетъ дойти до картины настоящей гидрофобіи. Что касается до патогенеза этого спазма, то его объясняютъ обыкновенно небольшими изъязвленіями слизистой оболочки pharyngis и пищевода, буде таковыя изъязвленія имѣются; если же ихъ нѣтъ, то прибѣгаютъ къ гипотезѣ „эссенціальнаго" спазма. Если мы вспомнимъ, что constrictores pharyngis,—а по Chauveau, всѣ вообще мускулы pharyngis, равно какъ и мускулатура пищевода, иннервируются блуждающимъ нервомъ, то, конечно, мы должны считать дисфагію тифозныхъ за функціональное разстройство nervi vagi. Анатомическимъ же субстратомъ этого функціональнаго

разстройства, какъ намъ кажется, можно, безъ всякой натяжки, признать тѣ заболѣванія gang. nodosi nervi vagi, которыя, какъ мы видѣли, весьма нерѣдко встрѣчаются въ теченіи брюшнаго тифа. Этотъ взглядъ пріобрѣлъ въ нашихъ глазахъ особенную вѣроятность съ тѣхъ поръ, какъ мы имѣли случай изслѣдовать узлы блуждающихъ нервовъ у субъекта, умершаго отъ болѣзни, въ которой дисфагія, на-ряду съ другими разстройствами въ области n. vagi, играетъ особенно выдающуюся роль, а именно отъ собачьяго бѣшенства (гидрофобіи). На микроскопическихъ препаратахъ изъ этого случая весь узелъ представлялся въ состояніи остраго интерстиціальнаго воспаленія, находящагося въ полномъ разгарѣ. Строма узла была густо инфильтрована тѣсными кучами грануляціонныхъ элементовъ, сосуды растянуты и наполнены кровью, стѣнки мелкихъ венъ инфильтрованы до неразличимости круглыми клѣтками, окружающими ихъ въ нѣсколько рядовъ (см. рис. № 5). Кромѣ того, мѣстами замѣчались скопленія круглыхъ клѣтокъ въ такъ называемомъ перицеллюлярномъ пространствѣ, между нервной клѣткой и внутренней поверхностью ея капсулы. Самыя нервныя клѣтки нерѣдко представлялись сморщенными, атрофированными или зернистоперерожденными. Это наблюденіе показалось намъ тѣмъ болѣе интереснымъ, что въ клинической картинѣ lyssae humanae есть и кромѣ дисфагіи черты, указывающія на патологическое состояніе n. vagi (Letulle) [78]). Сюда относятся главнымъ образомъ, безпорядочное учащеніе сердцебіенія (accelеration et arythmie cardiaque G. Sée) [79]) и судорожное сокращеніе расширителей гортани, которое ларингоскопически было наблюдаемо Pitt'омъ [80]).

Рвота представляетъ весьма нерѣдкое явленіе въ теченіи брюшнаго тифа, какъ въ теченіи первой недѣли его, такъ и въ періодѣ выздоровленія (Seailles Ransan) [81]). По наблюденіямъ Louis, Murchison'а и Gueneau-de-Mussy она встрѣчается въ $\frac{1}{5}$—$\frac{1}{3}$ случаевъ. Въ нѣкоторыхъ случаяхъ она появляется въ періодѣ выздоровленія (Trousseau). Происхожденіе этой рвоты объясняется различно *). Перваго рода рвоту (раннюю) Griesinger (l. c. p. 150) объясняетъ осложненіемъ брюшнаго тифа острымъ катарромъ желудка или такъ называемымъ тифознымъ гастритомъ, такъ обстоятельно описан-

*) Разумѣется, при этомъ исключаются тѣ случаи, гдѣ рвота является ab ingestis или симптомомъ, напр. менингита или перитонита, или уреміи, осложнившихъ брюшной тифъ.

нымъ въ послѣднее время Chauffard'омъ [82]) и Cornil'емъ [83]), причемъ, однако, Griesinger признаетъ этотъ тифозный гастритъ „необыкновенной рѣдкостью" („ungemein selten"). Относительно же той рвоты, которая иногда появляется и упорно держится въ періодѣ выздоровленія отъ брюшнаго тифа, Griesinger замѣчаетъ (l. c.), что: „ее обыкновенно объясняютъ хроническимъ катарромъ желудка, но это я долженъ оставить подъ сомнѣніемъ; несомнѣнно лишь ея серьозное значеніе" (Man leitet es von chronischem Magencatarrh ab, was ich dahin gestellt lasse; sicher aber ist seine schlimme Bedeutung). Gueneau-de-Mussy (l. c. p. 307) считаетъ возможнымъ объяснить нѣкоторые случаи такой рвоты сжатіемъ nervi vagi увеличенными бронхіальными лимфатическими железками; онъ имѣетъ въ виду именно тѣ случаи, гдѣ одновременно существуетъ то или другое пораженіе легочной ткани; но за всѣмъ тѣмъ онъ признаетъ, что есть много случаевъ брюшнаго тифа, гдѣ патогенезъ рвоты остается неяснымъ (dont la condition organique n'est pas toujours determinable l. c. p. 308).

A priori разсуждая, не подлежитъ сомнѣнію, что заболѣванія блуждающаго нерва, локализованныя на любомъ пунктѣ его протяженія, могутъ вызвать рвоту, и съ этой точки зрѣнія заболѣванія ganglii nodosi nervi vagi могутъ имѣть весьма существенное этіологическое значеніе. На сколько оно велико, это можетъ вполнѣ выясниться лишь тогда, когда накопится достаточное число такихъ случаевъ брюшнаго тифа, въ которыхъ при жизни наблюдалась упорная рвота, а послѣ смерти было произведено параллельное микроскопическое изслѣдованіе, какъ стѣнокъ желудка (периферическихъ окончаній n. vagi), такъ и внѣчерепнаго и внутричерепнаго узла блуждающаго нерва (gan. nodosum и nucleus n. vagi).

Тѣ же самыя соображенія вполнѣ примѣнимы и къ другому заболѣванію желудка, которое уже много разъ наблюдалось, какъ осложненіе и послѣдствіе брюшнаго тифа, именно къ расширенію желудка. Pentzold, [84]) Lepoil [85]) Montoya [86]), Legendre [87]), Malibran [88]), описали длинный рядъ такого рода случаевъ и относительно весьма многихъ изъ нихъ едва ли можетъ быть сомнѣніе въ причинной связи между брюшнымъ тифомъ и расширеніемъ желудка (G. Sée и Mathieu [89]). Существующія воззрѣнія относительно патогенеза этихъ расширеній резюмированы Legendre'омъ (работа котораго воспроизводитъ взгляды проф. Bouchard'а) въ слѣдующихъ словахъ: „расширеніе, развивающееся подъ вліяніемъ брюшнаго

тифа, обусловливается, по всей вѣроятности, нѣсколькими факторами: съ одной стороны, парезомъ мускулатуры желудка, составляющимъ часть общей адинаміи, а съ другой, тѣми болѣе или менѣе глубокими воспалительными измѣненіями слизистой оболочки желудка, которыя наблюдалъ Chauffard при брюшномъ тифѣ". Но этотъ парезъ мускулатуры желудка, играющій, безъ сомнѣнія, весьма важную роль въ патогенезѣ его расширеній, чѣмъ онъ обусловливается? Желудокъ получаетъ значительную часть своихъ двигательныхъ импульсовъ черезъ посредство блуждающаго нерва (Poensgen) [90]). Поэтому заболѣванія этого нерва, разъ таковыя наблюдаются въ теченіи брюшнаго тифа, имѣютъ право быть разсматриваемы, какъ ближайшая причина парезовъ мускулатуры желудка и, слѣдовательно, какъ одна изъ возможныхъ причинъ его расширенія. Ясно, что и здѣсь необходимы тѣ параллельныя клинико-гистологическія изслѣдованія, о которыхъ мы говорили выше.

III.

Болѣзни сердца.

Случаевъ болѣзней сердца мы имѣли 19. Въ томъ числѣ было три случая endocarditidis acutae ulcerosae и три случая значительныхъ самостоятельныхъ гипертрофій сердца. протекавшихъ съ рѣзкими явленіями асистоліи, но безъ пороковъ клапановъ. Остальные случаи состояли въ разнаго рода порокахъ заслонокъ.

Въ значительномъ большинствѣ случаевъ (14 изъ 19) мы имѣли передъ собой картину сильнѣйшей гипереміи. Сосуды, которые по строенію своихъ стѣнокъ не могутъ быть ничѣмъ инымъ кромѣ капилляровъ или, самое большее, мельчайшихъ венъ, растянуты переполняющими ихъ красными кровяными тѣльцами до такой степени. что, еслибы судить по ихъ просвѣту, ихъ можно было бы принять за крупныя артеріи или вены.

Въ гораздо большей степени, чѣмъ при брюшномъ тифѣ распространены также ограниченныя эктазіи сосудовъ. Въ пяти случаяхъ *) (53, 41, 9, 22, 13) наблюдались многочисленныя и довольно большія кровоизліянія и притомъ частью не-

*) Цифры въ скобкахъ означаютъ нумера случаевъ, протоколы вскрытія которыхъ помѣщены въ приложеніи.

давняго происхожденія (красныя кровяныя тѣльца хорошо сохранились), частью же, очевидно давнишняго происхожденія. Въ этихъ послѣднихъ красныя кровяныя тѣльца представляются сморщенными, зазубренными, искрошенными. Вокругъ тѣлецъ, еще сохранившихъ до нѣкоторой степени свою морфологическую самостоятельность, разсѣяно множество обломковъ кровяныхъ тѣлецъ и зернышекъ кровяного пигмента различной величины. Гемоглобинный характеръ этихъ зернышекъ явственно обнаруживался характеристичной мѣднокрасной окраской, которую они принимали при обработкѣ квасцовымъ растворомъ эозина или реактивомъ Ehrlich'а. Въ области такихъ кровоизліяній весьма часто встрѣчаются крупныя лимфоидныя тѣльца, богатыя зернистой протоплазмой и заключающія въ себѣ, въ значительномъ иногда количествѣ, частью упомянутый гемоглобинный распадъ красныхъ кровяныхъ тѣлецъ, частью же болѣе или менѣе крупные обломки таковыхъ. Очевидно, мы здѣсь имѣемъ передъ собой такъ называемыя Waldeyer'овскія "плазматическія клѣтки" (Plasmazellen), поглотившія вышедшія изъ сосудовъ и полуразрушенныя красныя кровяныя тѣльца (blutkörperchenhaltige Zellen).

Хроническій венозный застой, очевидно имѣющій мѣсто въ сосудахъ узла, сказывается, кромѣ вышесказанныхъ явленій, еще и измѣненіемъ самихъ стѣнокъ сосудовъ. Въ шести изъ изслѣдованныхъ нами случаевъ (34, 39, 49, 47, 11, 11, 62) adventitia мелкихъ венъ и венозныхъ капилляровъ была весьма значительно утолщена, такъ что даже мелкіе сосуды, по строенію своихъ стѣнокъ, очевидно, принадлежащіе къ переходнымъ формамъ между капиллярами и мелкими венами, оказывались имѣющими такую толстую адвентицію, что на продольномъ разрѣзѣ представлялись лежащими въ центрѣ широкой ленты изъ волокнистой соединительной ткани, которая рѣзко отличается отъ прочей рыхлой, ширококопетлистой соединительной ткани стромы узла и по ширинѣ превосходитъ просвѣтъ сосуда иногда вдвое.

Въ стромѣ узла въ весьма многихъ случаяхъ (53, 55, 57, 39, 9, 12, 14) наблюдался грануляціонный инфильтратъ въ видѣ скопленій круглыхъ лимфоидныхъ тѣлецъ. Скопленія эти имѣли совершенно тотъ же характеръ, какъ и вышеописанныя, наблюдавшіяся нами при брюшномъ тифѣ, съ тою лишь разницей, что 1) въ тѣхъ случаяхъ сердечныхъ заболѣваній, въ которыхъ скопленія эти вообще наблюдались, они попадались въ значительно большемъ количествѣ, чѣмъ при брюшномъ тифѣ и 2) связь ихъ съ сосудами была гораздо рѣзче выражена. Нерѣдко попа-

дались сосудцы, наполненные красными кровяными тѣльцами и на значительномъ протяженіи окутанныя тройнымъ и четвернымъ рядомъ лимфоидныхъ тѣлецъ. Особенно рѣзко выступало это явленіе въ двухъ случаяхъ endocarditidis ulcerosae, гдѣ чуть не вокругъ каждой мелкой веночки имѣлось скопленіе грануляціоннаго инфильтрата (Рис. 2), причемъ иногда на продольноразрѣзанныхъ мелкихъ сосудцахъ удавалось отчетливо подмѣтить пристѣночное расположеніе бѣлыхъ тѣлецъ внутри сосудовъ. (Randstellung), предшествующее обыкновенно ихъ выселенію, и шеренгообразное ихъ расположеніе внѣ сосуда.

Въ нѣсколькихъ случаяхъ (34, 53, 54, 55, 41 и особенно 4) капсулы нервныхъ клѣтокъ представлялись рѣзко утолщенными и притомъ насчетъ соединительно-тканныхъ составныхъ частей ихъ. На поперечныхъ разрѣзахъ черезъ такую капсулу рядъ эндотеліальныхъ ядеръ, выстилающихъ ея внутреннюю поверхность, представляется окруженнымъ широкимъ поясомъ волокнистой соединительной ткани. Этотъ волокнистый поясъ весьма рѣзко отграничивается отъ рыхлой соединительной ткани стромы узла, такъ что позволительно думать, что этотъ соединительнотканный поясъ есть результатъ гипертрофіи нормально существующей соединительно-тканной наружной обложки капсулы, а не продуктъ размноженія элементовъ стромы узла, такъ какъ въ этомъ послѣднемъ случаѣ наблюдался бы постепенный переходъ периферическихъ слоевъ его въ болѣе рыхлую ткань стромы (Рис. 6).

Что касается до измѣненій самихъ нервныхъ клѣтокъ, то они встрѣчались намъ въ большей или меньшей интенсивности въ тѣхъ или другихъ комбинаціяхъ чрезвычайно часто (въ 16 случаяхъ изъ 19).

Клѣтки представляли то описанную уже выше картину зернистаго перерожденія, заканчивающуюся превращеніемъ ея въ кучку распада (54, 47 справа, 41, 8), то въ нихъ замѣчались вакуолы различной величины (48, 9, 11 справа, 62, 13, 14, 22), то, наконецъ, они представлялись въ различной степени узурированными, атрофированными, уменьшенными въ объемѣ и крайне неправильной формы (57, 39, 4, 48, 12, 13, Рис. 7). Само собою разумѣется, что клѣтки, представляющія тѣ или другія измѣненія, всегда перемѣшаны съ клѣтками нормальными. Наконецъ, въ четырехъ случаяхъ (55, 47 слѣва, 87 слѣва, 34) намъ не удалось подмѣтить въ нервныхъ клѣткахъ никакихъ особыхъ уклоненій отъ нормы.

Не можемъ умолчать объ одномъ обстоятельствѣ, невольно

обратившемъ на себя наше вниманіе. Въ нѣкоторыхъ случаяхъ (53, 11), не смотря на тщательное изслѣдованіе множества срѣзовъ, не оказывалось никакихъ особыхъ уклоненій отъ нормы въ узлѣ n. vagi одной стороны, тогда какъ узелъ другой стороны представлялъ весьма существенныя и безъ труда находимыя измѣненія. Такого рода ограниченное заболѣваніе одного n. vagi, сопровождающее заболѣваніе органа, въ которомъ они оба оканчиваются (сердца), могло бы быть принято нами за простую случайность, еслибы нѣкоторыя данныя физіологіи не указывали на то, что и по физіологическому своему дѣйствію на сердце оба блуждающіе нерва не вполнѣ идентичны. Данныя эти заставляютъ насъ думать, что вышеупомянутое изолированное заболѣваніе одного n. vagi, быть можетъ, не есть простая случайность, а патолого-анатомическое выраженіе ихъ физіологической нетождественности.

При оцѣнкѣ того значенія, которое могутъ имѣть встрѣчающіяся при порокахъ сердца заболѣванія ganglii nodosi nervi vagi для патогенеза функціональныхъ разстройствъ сердца и другихъ органовъ у сердечныхъ больныхъ, необходимо имѣть въ виду чрезвычайную сложность отношеній сердца къ различнымъ частямъ нервной системы. Кромѣ собственнаго узловаго аппарата, сердце связано и съ продолговатымъ мозгомъ (а, слѣдовательно, и съ головнымъ) черезъ посредство блуждающихъ нервовъ съ ихъ узлами и со спиннымъ мозгомъ черезъ посредство симпатическихъ волоконъ, на пути которыхъ опять-таки заложены узлы. Наконецъ, прежде чѣмъ вступить въ ткань сердца, вѣтви, какъ блуждающаго нерва, такъ и симпатическаго, образуютъ сплетеніе (plexus cardiacus), въ которомъ также нѣтъ недостатка въ узловыхъ скопленіяхъ нервныхъ клѣтокъ. Всѣ эти нервные аппараты непрерывно обмѣниваются съ сердцемъ самыми разнообразными импульсами, изъ которыхъ сравнительно хорошо изучены лишь двигательные; центростремительные (чувствительные) импульсы до сихъ поръ изучались главнымъ образомъ по ихъ вліянію на кровяное давленіе; что же касается до трофическихъ и вазомоторныхъ процессовъ въ сердечной мышцѣ, то объ этомъ пока имѣются лишь смутныя, отрывочныя и противорѣчивыя наблюденія. Въ виду этого, попытка объяснить нѣкоторыя осложненія сердечныхъ пороковъ заболѣваніемъ блуждающаго нерва требуетъ величайшей осторожности и скептицизма, ибо она, во всякомъ случаѣ, можетъ претендовать на выясненіе лишь одной изъ многихъ, возможныхъ причинъ этихъ осложненій.

Прежде всего предъ нами встаетъ вопросъ о причинной

связи между болѣзнью сердца и заболѣваніемъ узла блуждающаго нерва, ибо патологическая анатомія констатируетъ только фактъ сосуществованія этихъ двухъ явленій. Но которое изъ нихъ причина и которое—слѣдствіе?

Появившіяся въ теченіе послѣдняго десятилѣтія работы (Eichhorst[91]), Zander[92]), Анрепъ[93]), Васильевъ[94]) относительно „трофическаго" вліянія блуждающаго нерва на сердце, даютъ ли какое-нибудь основаніе думать, чтобы структурныя измѣненія тканей сердца, ведущія къ недостаточности клапановъ или суженію отверстій, могли быть послѣдствіемъ заболѣванія блуждающихъ нервовъ? Намъ кажется, что нѣтъ. Во первыхъ потому, что всѣ эти экспериментальныя изслѣдованія относятся лишь къ измѣненіямъ питанія сердечной мышцы, а не эндокардія, на анатомическія измѣненія котораго подъ вліяніемъ поврежденія vagi въ этихъ работахъ нѣтъ никакихъ указаній. Далѣе и относительно измѣненій міокардія въ этихъ работахъ есть много неяснаго, такъ какъ роль голоданія, неизбѣжно наступающаго у животныхъ вслѣдъ за перерѣзкой vagorum, далеко не исключена постановкой опытовъ, а голоданіе, какъ извѣстно, само по себѣ ведетъ къ жировому перерожденію мышечныхъ волоконъ и въ частности сердечныхъ. Съ другой стороны, насколько пучки жироперерожденныхъ мышечныхъ волоконъ, паблюдавшіеся въ сердцѣ животныхъ, при раздраженіи блуждающихъ нервовъ (продѣваніе нитокъ, смоченныхъ кислотами etc.), отличались по количеству отъ встрѣчающихся иногда и въ нормальныхъ сердцахъ жироперерожденныхъ участковъ,— это опять-таки пока еще не выяснено.

Но помимо экспериментаторовъ, есть и клиницисты, возвышающіе свой авторитетный голосъ въ пользу трофической роли нервной системы въ заболѣваніяхъ сердца. Поводомъ къ такимъ заявленіямъ послужилъ, между прочимъ, вопросъ о заболѣваніяхъ сердца при tabes dorsalis. Въ литературѣ имѣется уже изрядное количество наблюденій надъ совпаденіемъ tabes dorsalis и хроническихъ эндокардитовъ, преимущественно, аортальнаго отверстія (Berger и Rosenbach[95]), Grasset[96]), Truc[97]), Letulle[98]), Dreyfuss-Brisac[99]), и неоднократно было высказано мнѣніе, что это совпаденіе не случайное. Но, какъ указываетъ Leyden[100]), обѣ болѣзни сами по себѣ настолько часты, что нѣтъ ничего удивительнаго, если онѣ сравнительно нерѣдко встрѣчаются одновременно у одного и того же субъекта. Дѣлать же какое-либо заключеніе о внутренней связи между этими двумя процессами,

мы, при современномъ состояніи нашихъ свѣдѣній, не имѣемъ достаточныхъ данныхъ.

Но если оставить въ сторонѣ, какъ недостаточно еще выясненную, роль заболѣваній нервной системы сердца въ этіологіи его анатомическихъ измѣненій, то значеніе ихъ въ этіологіи функціональныхъ разстройствъ сердца, наблюдаемыхъ при его порокахъ, не подлежитъ никакому сомнѣнію. Аритмія *), составляющая обычное явленіе при болѣзняхъ сердца, есть, безъ сомнѣнія, выраженіе ненормальной его иннерваціи. Но къ заболѣванію какой части нервной системы сердца отнести ее? Существуютъ физіологическіе опыты (Heidenhain [101]), Knoll [102]), Bezold [103]), Чирьевъ [104]), которые показываютъ, что можно вызвать аритмію сердца даже послѣ того, какъ перерѣзаны оба vagi и даже всѣ экстракардіальные нервные приводы, и сердце разобщено со всѣми нервными аппаратами, кромѣ тѣхъ, которые заложены внутри его собственныхъ стѣнокъ. Но значитъ ли это, что аритмія обусловливается исключительно только заболѣваніемъ однихъ внутрисердечныхъ узловъ? Конечно нѣтъ; всѣ части нервной системы, вліяющія въ физіологическомъ сосостояніи на ритмъ сердца, могутъ при патологическихъ условіяхъ обусловить аритмію его. Согласно съ этимъ и патологическая анатомія отказывается локализовать аритмію, сопровождающую сердечные пороки, въ какомъ-нибудь одномъ отдѣлѣ нервной системы сердца. Изслѣдованія Путятина [108]) и Коплевскаго [109]) надъ внутрисердечными гангліями, Lancereaux [110]), Peter'a [111]), Ускова [112]), Grocco [113]), Черняева [114]) надъ plexus cardiacus, Foa (l. c.) и Любимова (l. c.) надъ симпатическими узлами и, наконецъ, мои надъ узлами блуждающихъ нервовъ показали, что всѣ эти отдѣлы нервной системы сердца представляютъ глубокія микроскопическія измѣненія при анатомическихъ заболѣваніяхъ сердца, и отдавать предпочтеніе которому-нибудь одному изъ нихъ при объясненіи сложныхъ явленій аритміи было бы совершенно произвольно. Дальнѣйшаго разъясненія этого вопроса можно ожидать лишь отъ экспериментальной патологіи. Клиника же, съ своей стороны, въ состояніи будетъ пролить нѣкоторый свѣтъ на этотъ вопросъ

*) Подъ этимъ общимъ названіемъ мы подразумѣваемъ всѣ тѣ разнообразныя измѣненія сердечнаго ритма, которыя извѣстны подъ именемъ intermittences, palpitations, allorhytmie, hemisystolie, bigeminie etc. Литература этихъ функціональныхъ разстройствъ сердца собрана въ работахъ Лукьянова [105]) и Павинскаго [106]), а также Cardarelli [107]).

лишь тогда, когда она соберетъ длинный рядъ случаевъ, въ которыхъ послѣ тщательнаго, объективнаго изслѣдованія прижизненныхъ, функціональныхъ разстройствъ сердца, будутъ съ одинаковой тщательностью изслѣдованы въ каждомъ отдѣльномъ случаѣ всѣ отдѣлы нервной системы сердца, не забывая и продолговатаго мозга. Только такая казуистика могла бы разъяснить относительное значеніе заболѣваній различныхъ нервныхъ аппаратовъ сердца.

Но есть нѣкоторыя формы аритміи, зависимость которыхъ отъ заболѣваній именно блуждающаго нерва въ высокой степени вѣроятна. Сюда относится, по мнѣнію многихъ авторовъ, та форма, на которую впервые обратилъ спеціальное вниманіе Charcot въ 1877 г. подъ названіемъ pouls lent permanent avec attaques syncopales. Послѣ работы Blondeau[115]), собравшаго 16 случаевъ этого рода, въ литературѣ набралось уже довольно много относящихся сюда наблюденій, обзоръ которыхъ читатель найдетъ въ работахъ Letulle'я (l. c. p. 132), и D'Arman'a[116]). Изъ этой казуистики слѣдуетъ, что во многихъ случаяхъ болѣзней сердца и преимущественно аортальнаго отверстія наблюдается въ теченіе болѣе или менѣе продолжительнаго времени значительное замедленіе пульса до 40—30 ударовъ съ повторными синкопальными приступами. во время которыхъ серцебіеніе замедляется до 8—5 ударовъ въ минуту. На-ряду съ этимъ наблюдаются иногда упорная отдышка, тошнота и рвота. Уже Charcot указалъ, что эти явленія могутъ быть сведены къ раздраженію блуждающаго нерва, и мнѣніе это раздѣляется почти всѣми наблюдателями, писавшими объ этомъ предметѣ. Но патологоанатомическихъ изслѣдованій нервной системы сердца въ подобныхъ случаяхъ до сихъ поръ сдѣлано не было *). Въ виду нерѣдкаго заболѣванія ganglii nodosi блуждающаго нерва при порокахъ сердца, намъ кажется совершенно необходимымъ въ недобныхъ случаяхъ не оставлять безъ изслѣдованія и эту часть нервной системы сердца.

Но, какъ извѣстно, у человѣка, одержимаго порокомъ сердца, страдаетъ не одно сердце, а всѣ органы, разстраиваются, всѣ функціи, каждая на свой ладъ. Патогенезъ этихъ сопутствующихъ разстройствъ почти весь сводится на механическія раз-

---

*) За исключеніемъ случая Stackler'a (Letulle l. c.), гдѣ былъ изслѣдованъ только одинъ стволъ блуждающаго нерва, захваченнаго въ склерозированную соединительную ткань, окружавшую атероматозную аорту. Волокна vagi оказались нормальными.

стройства кровообращенія. Едва-ли можно назвать другой отдѣлъ внутренней патологіи, гдѣ бы соотношенія между причиной и слѣдствіями были столь удовлетворительно выяснены, какъ здѣсь. Но и у сердечныхъ больныхъ нерѣдко наблюдаются явленія, объясненіе которыхъ исключительно механическими условіями было бы одностороннимъ и потому неполнымъ.

Еще Stokes (l. c. p. 472) замѣтилъ, что при аневризмахъ начальной части аорты наблюдается нерѣдко хроническая пневмонія, и видѣлъ здѣсь не случайное совпаденіе, а причинную связь. Вслѣдъ за нимъ Habershon [117]) высказалъ мнѣніе, что эти хроническія пневмоніи суть послѣдствіе сдавленія блуждающаго нерва аневризматической опухолью, результатомъ чего является трофическое разстройство питанія легочной ткани. Этотъ взглядъ былъ принятъ Cornil'емъ и Herard'омъ [118]), Hanot [119]), Constantin Paul'емъ [120]) и др. Въ то же время Hanot замѣтилъ, что для тѣхъ случаевъ, гдѣ при вскрытіи находятъ сдавленіе arteriae pulmonalis расширеннымъ bulbus aortae, вполнѣ возможенъ тотъ же патогенезъ, что и для случаевъ прирожденнаго стеноза art. pulmonalis, который, какъ извѣстно, весьма нерѣдко (по Lebert'y [121]) въ третьей части всѣхъ случаевъ) сопровождается туберкулезомъ легкихъ, — какъ думаютъ, вслѣдствіе постоянной анеміи легочной ткани. Подобные случаи наблюдали, кромѣ Hanot, еще Oulmont [122]) и Pitres [123]). Но для всѣхъ тѣхъ случаевъ, гдѣ такого сдавленія art. pulm. не оказывается на вскрытіи, Hanot принимаетъ вполнѣ взглядъ Habershon'a, т.-е. механическое раздраженіе nervi vagi аневризмой, съ чѣмъ согласенъ и Quincke [124]).

Въ настоящее время, когда противъ существованія спеціально-трофическихъ нервовъ со всѣхъ сторонъ высказываются сомнѣнія, взглядъ Habershon'a въ своей первоначальной формѣ встрѣтилъ бы сильнѣйшія возраженія. Конечно, никто не станетъ думать, чтобы какое бы то ни было раздраженіе блуждающаго нерва могло быть непосредственной причиной туберкулеза легкихъ, когда мы знаемъ, что нѣтъ бугорчатки безъ туберкулезныхъ бациллъ. Но, съ другой стороны, и значеніе общаго или мѣстнаго предрасположенія въ этіологіи бугорчатки такъ велико, что можно бы почти сказать, что нѣтъ бугорчатки безъ предрасположенія къ ней. Детальныхъ патологоанатомическихъ и патологофизіологическихъ изслѣдованій о томъ, въ чемъ именно состоитъ такое предрасположеніе, очень мало (Beneckc, Virchow, Niemeyer), а относительно роли разстройства иннерваціи легкихъ, какъ момента, предрасполагающаго ихъ къ туберкулезу

и вовсе нѣтъ никакихъ экспериментальныхъ данныхъ. Поэтому будетъ лишь весьма правдоподобной гипотезой, если мы примемъ мнѣніе Habershon'а съ тѣмъ измѣненіемъ, что заболѣваніе vagi не непосредственно ведетъ къ туберкулезу легкихъ, а только, подрывая питаніе легочной ткани, создаетъ благопріятную почву для туберкулезныхъ бациллъ.

Но слѣдуетъ замѣтить, что наблюденія, существующія въ литературѣ, не даютъ намъ права утверждать, что заболѣваніе vagi въ этихъ случаяхъ заключалось именно въ механическомъ давленіи аневризмы на волокна блуждающаго нерва, ибо микроскопическаго изслѣдованія ствола vagi сдѣлано не было и діагнозъ „атрофіи отъ давленія“ ставился исключительно на основаніи данныхъ макроскопическаго изслѣдованія. Насколько эти данныя недостаточны и обманчивы, лучше всего видно изъ упомянутаго уже выше случая Stackler'а, гдѣ блуждающій нервъ былъ захваченъ въ склерозированную соединительную ткань, окружавшую аневризму аорты. Отпрепаровавъ vagus, Stackler констатировалъ, что на протяженіи 4—5 сант. отъ вхожденія его въ грудную полость, онъ представлялся покраснѣвшимъ, болѣе объемистымъ и болѣе твердымъ, чѣмъ нормально. „Но все это исчезаетъ, если освободить нервъ отъ его влагалища, и гистологическое изслѣдованіе не обнаруживаетъ никакого измѣненія въ волокнахъ„ *). Если, слѣдовательно, мѣстное заболѣваніе волоконъ vagi въ подобныхъ случаяхъ микроскопически недоказано, а заболѣваніе узловъ блуждающихъ нервовъ при болѣзняхъ сердца и въ частности аортальнаго отверстія **) составляетъ весьма нерѣдкое явленіе, то не въ правѣ ли мы требовать, чтобы на будущее время при описаніи подобныхъ случаевъ сообщались и результаты микроскопическаго изслѣдованія узловъ блуждающаго нерва тѣмъ болѣе, что и при другихъ заболѣваніяхъ сердца туберкулезъ легкихъ въ настоящее время уже вовсе не считается такой исключительною рѣдкостью, какъ думали прежде (Frommolt [125]).

Быть можетъ также это двустороннее заболѣваніе узловъ блуждающаго нерва объяснило-бы намъ тѣ нечастые случаи дву-

---

*) „Après l'avoir disseqné, nous constatons qu'il est manifestement rouge, plus volumineux, d'une consistance plus dure que normalement, dans une étendue de 4 à 5 cent. environ à partir de son [entrée dans le thorax. Si l'on vient à depouiller le nerf de sa gaine, cet aspect disparait. L'examen histologique ne revèle aucune altération de ses fibres“. Stackler y Letulle l. c.

**) Въ числѣ изслѣдованныхъ нами случаевъ были и расширенія атероматозной аорты съ послѣдовательной гипертрофіей сердца безъ порока клапановъ.

сторонняго паралича гортани при аневризмахъ начала аорты, гдѣ давленію могъ подвергаться только одинъ лѣвый recurrens. Такіе случаи наблюдали Johnson[126]), Bäumler[127]), Löri (l. c. p. 62). Johnson объясняетъ подобные случаи тѣмъ что, давленіе аневризмы на одинъ recurrens рефлекторно угнетаетъ дѣятельность другого (?). Но искусственность и малая вѣроятность такого объясненія бросается въ глаза, и напр. Morell Mackenzie[128]) считаетъ болѣе вѣроятнымъ, что давленіе на recurrens здѣсь не причемъ, а что подобные случаи суть результатъ двусторонняго заболѣванія центральныхъ узловъ nervi accessorii, хотя при этомъ остается безъ объясненія, почему подобные случаи не сопровождаются двигательными разстройствами въ области наружной вѣтви accessorii, т.-е. въ m. sternocleidomastaideus и m. trapezoides. О существованіи периферическаго узла, воспринимающаго только одну внутреннюю вѣтвь n. accessorii Morell Mackenzie не вспоминаетъ. Между тѣмъ заболѣваніе этого узла, многократно констатированное нами при различныхъ заболѣваніяхъ сердца, въ томъ числѣ и при аневризмѣ аорты, могло-бы какъ намъ кажется, дать удовлетворительное объясненіе этимъ гортаннымъ параличамъ, равно какъ и тѣмъ спазмамъ голосовой щели, которые наблюдалъ въ нѣкоторыхъ случаяхъ пороковъ сердца Habershon[129]).

Тотъ же Habershon (l. c. p. 76) указываетъ на рвоту, которую онъ нерѣдко наблюдалъ при болѣзняхъ сердца (стенозъ митральнаго отверстія и расширеніе сердца), какъ на симптомъ, зависящій отъ патологическаго состоянія nervi vagi. Рвоту, равно какъ и другія явленія со стороны желудка, какъ гастральгію, желудочный тимпанитъ, диспепсію наблюдали весьма многіе клиницисты и объясняли всѣ эти явленія механическимъ застоемъ венозной крови въ сосудахъ желудка. Но уже Leared[130]) и затѣмъ Fabre[131]) и Boisseau[132]), также наблюдавшіе подобные случаи, указываютъ на возможность иного взгляда на эти явленія, именно, какъ на разстройство иннерваціи желудка. Въ пользу такого взгляда, какъ намъ кажется, говорятъ и результаты нашихъ патолого-анатомическихъ изысканій.

III.

Легочная чахотка.

Въ числѣ изслѣдованныхъ нами двадцати случаевъ легочной чахотки были, конечно, случаи съ самымъ разнообразнымъ кли-

ническимъ теченіемъ, начиная отъ вполнѣ хроническаго, тянущагося многіе годы, до такъ назыв. phthisis florida, случаи, представлявшіе нѣкоторыя осложненія (обыкновенно туберкулезъ гортани и кишекъ) и случаи, гдѣ патологическія измѣненія ограничивались почти лишь одними легкими.

Сосудистый аппаратъ узла обыкновенно не представлялъ рѣзкихъ измѣненій. Въ нѣкоторыхъ случаяхъ сосуды представлялись растянутыми, но пустыми (49, 64); въ другихъ они представлялись значительно гиперемированными (43, 1, 63), наконецъ, въ двухъ случаяхъ (35, 58), мелкіе сосуды представляли довольно значительное утолщеніе adventitiae насчетъ новообразованной фиброзной соединительной ткани (arteriocapillary fibrosis Gull и Sutton'a) подобно тому, которое мы (несравненно чаще) наблюдали при порокахъ сердца. Въ остальныхъ же случаяхъ сосуды особыхъ измѣненій не представляли.

Въ стромѣ узла намъ неоднократно (49, 58, 36, 63, 50) встрѣчались скопленія грануляціоннаго инфильтрата. Иногда скопленія эти достигали настолько значительныхъ размѣровъ, что мѣстами (на неособенно тонкихъ срѣзахъ) маскировали собою нервныя клѣтки и прочіе элемены строенія узла. На болѣе тонкихъ срѣзахъ можно замѣтить, что инфильтрація лимфоидными тѣльцами не ограничивается собственно стромой узла, но захватываетъ также периферическую соединительно-тканную часть клѣточной капсулы, которая оказывается пропитанной вплоть до внутренняго слоя эндотеліальныхъ ядеръ, круглыми ядрами лимфоидныхъ тѣлецъ.

Независимо отъ этого, капсулы нервныхъ клѣтокъ въ нѣсколькихъ случаяхъ (49, 35, 59) представляли хроническое утолщеніе насчетъ фиброзной соединительной ткани, подобно тому, какъ это мы наблюдали (гораздо чаще и въ гораздо сильнѣйшей степени) при порокахъ сердца. И, наконецъ, въ двухъ случаяхъ (36, 56) мы наблюдали весьма интересныя измѣненія капсулы, которыя, — по крайней мѣрѣ въ такой отчетливой и рѣзкой формѣ, — намъ не случалось видѣть при другихъ изслѣдованныхъ нами заболѣваніяхъ. Эндотелій капсулы представлялся въ состояніи размноженія и десквамаціи. Это выражалось тѣмъ, что ядра эндотеліальнаго слоя въ нѣкоторыхъ частяхъ капсулы представлялись расположенными не въ одинъ рядъ, а въ 3—4 и даже 5 рядовъ. Въ полости самой капсулы имѣлись свободно лежащія клѣтки, съ пластинчатой формой тѣла и круглымъ ядромъ, вполнѣ сходныя съ эндотеліальными клѣтками капсулы. (Съ морфологическими особенностями этихъ послѣднихъ особенно

хорошо можно бываетъ познакомиться въ тѣхъ случаяхъ, когда изъ вскрытой капсулы нервная клѣтка, заключающаяся въ ней, выпала во время приготовленія препарата; тогда эндотеліальная выстилка капсулы лежитъ передъ глазами наблюдателя не въ профиль, какъ на краю разрѣза капсулы, а en face, и составляющія ее клѣтки могутъ быть легко изучаемы). Клѣтки эти, оттѣсняя нервную клѣтку и давя на нее, вызываютъ въ ней нѣчто въ родѣ „атрофіи отъ давленія" (Druckatrophie), такъ что въ ней образуются глубокія впадины и вдавленія, вполнѣ соотвѣтствующія помѣщающимся въ нихъ клѣточкамъ или кучкамъ клѣточекъ (рис. 3).

Но и безъ такихъ значительныхъ измѣненій въ капсулѣ, нервныя клѣтки весьма часто представлялись глубоко измѣненными. Всего чаще встрѣчалось атрофическое сморщиваніе нервныхъ клѣтокъ съ образованіемъ въ ихъ протоплазмѣ множества вдавленій, узуръ (36, 51, 56, 58, 1, 63, 59), совершенно подобно тому, какъ это нами описано при брюшномъ тифѣ. Въ нѣкоторыхъ случаяхъ простая атрофія комбинировалась съ зернистымъ перерожденіемъ и вакуолизаціей (56, 58, 59) клѣтокъ съ послѣдовательнымъ превращеніемъ ихъ въ распадъ. Иногда же наблюдалось только одно зернистое перерожденіе и мутное набуханіе клѣтокъ (43, 50, 64).

Нѣсколько разъ также намъ попадались такъ называемыя corpuscula amylacea. Они встрѣчались въ весьма небольшомъ количествѣ, 1—2—3 въ цѣломъ узлѣ и представляли всѣ тѣ обычныя микроскопическія и микрохимическія особенности, которыя имъ присущи въ другихъ частяхъ нервной системы. Отмѣтимъ только, что намъ неоднократно приходилось видѣть амилоидное тѣльце лежащимъ въ полости неизмѣненной клѣточной капсулы, причемъ отъ нервной клѣтки, первоначально въ ней лежавшей, не осталось никакихъ слѣдовъ. Это невольно наводитъ на мысль, что лежащее передъ нами амилоидное тѣльце и есть сама нервная клѣтка, превратившаяся вся цѣликомъ въ corpusculum amylaceum.

Что у чахоточныхъ блуждающій нервъ находится не въ порядкѣ, на это неоднократно указывалось выдающимися клиницистами. Разнообразныя функціональныя и анатомическія заболѣванія органовъ, иннервируемыхъ блуждающимъ нервомъ, гортани, сердца, желудка и самихъ легкихъ, наблюдаемыя у чахоточныхъ больныхъ, настойчиво и ясно указываютъ на заболѣваніе у нихъ блуждающаго нерва. Но въ чемъ состоитъ это заболѣваніе? На это до сихъ поръ былъ одинъ лишь отвѣтъ:

нервъ подвергается сдавливанію со стороны гипертрофированныхъ или туберкулизированныхъ лимфатическихъ железъ. Эта adénopathie trachéobronchique, о которой съ особенной настойчивостью заговорилъ во французской литерарурѣ Gueneau-de-Mussy, [133—137]) пріобрѣла такое право гражданства, особенно посреди французскихъ клиницистовъ, что сдѣлалась какъ бы общимъ мѣстомъ.

Между тѣмъ, при ближайшемъ разсмотрѣніи отношенія этой аденопатіи къ блуждающему нерву, этіологическая роль ея въ заболѣваніи n. vagi представляется довольно сомнительной.

Возможность заболѣванія многихъ органовъ mediastini posterioris: трахеи, бронховъ, легочной артеріи, пищевода и даже аорты, вслѣдствіе заболѣванія медіастинальныхъ лимфатическихъ железъ, неопровержимо доказана протоколами вскрытій, собранными въ обширной работѣ Barety [138]), въ которыхъ неоднократно констатируется изъязвленіе и прободеніе стѣнки того или другого изъ названныхъ органовъ. Изъязвленіе же само по себѣ есть уже достаточное доказательство предшествовавшаго остраго или хроническаго воспаленія. По отношенію же къ блуждающему и возвратному нервамъ ни въ обширной казуистикѣ Barety, ни въ наблюденіяхъ, опубликованныхъ послѣ него во французской литературѣ, мы не находимъ никакихъ анатомическихъ доказательствъ. Правда изъ 101 случая аденопатіи, собранныхъ у Barety, въ 29 случаяхъ отмѣчены сращенія (adhérences) соединительнотканнаго влагалища нерва съ оболочкой гипертрофированной лимфатической железы, но микроскопическаго изслѣдованія ствола блуждающаго нерва ни въ одномъ изъ этихъ случаевъ сдѣлано не было; между тѣмъ, ставить распознаваніе заболѣванія vagi на основаніи одной только макроскопической картины, на основаніи того, что стволъ vagi сращенъ съ окружающими органами или захваченъ въ ложныя перепонки, — крайне рискованно и ведетъ къ самымъ грубымъ ошибкамъ. Мы уже упоминали выше о случаѣ Stackler'a, гдѣ блуждающій нервъ, прилегавшій къ аневризматическому расширенію аорты и макроскопически весьма сильно измѣненный, при микроскопическомъ изслѣдованіи оказался совершенно нормальнымъ. Но случай Stackler'a далеко не единственный. Такъ Quénu въ пяти случаяхъ бугорчатой аденопатіи изслѣдовалъ микроскопически vagus, сращенный съ заболѣвшими железами, и во всѣхъ пяти случаяхъ получилъ отрицательный результатъ (Letulle l. c. p. 129). Въ двухъ случаяхъ, описанныхъ Fernet [139]), гдѣ этотъ авторъ находилъ рѣзкую гиперемію ствола vagi (injection vive du tronc

du pneumogastrique) и діагносцировалъ макроскопически невритъ блуждающаго нерва, микроскопическое изслѣдованіе, произведенное Malassez и Henri Martin'омъ, не обнаружило въ нервѣ никакихъ измѣненій.

Въ виду такихъ фактовъ мы должны принять, что этіологическая роль аденопатіи въ заболѣваніи vagi у чахоточныхъ нуждается для своего доказательства въ положительныхъ результатахъ микроскопическаго изслѣдованія сращеннаго или яко-бы сжатаго нерва; но такіе результаты пока имѣются лишь относительно возвратныхъ нервовъ (Brieger)[140]) и потому, отнюдь не отрицая a priori возможности таковыхъ же послѣдствій аденопатіи и для vagus'а, намъ кажется однако, что вся обширная казуистика, собранная французскими клиницистами, относительно этого предмета не обладаетъ достаточной доказательностью.

Тѣмъ большій интересъ представляютъ въ такомъ случаѣ измѣненія узловъ блуждающихъ нервовъ, наблюдаемыя независимо отъ того или другого состоянія трахеоброихіальныхъ лимфатическихъ железъ. Работа С. Д. Костюрина[141]), послужившая исходнымъ пунктомъ для нашихъ изслѣдованій, показала, что у весьма многихъ чахоточныхъ (6 : 8) стволъ блуждающаго нерва на шеѣ содержитъ, рядомъ съ неизмѣненными нервными волокнами, и такія, въ которыхъ міэлинъ не представляется уже совершенно однороднымъ на всемъ протяженіи, какъ въ нормальныхъ нервахъ, а состоитъ изъ различной величины кусковъ, имѣющихъ самыя разнообразныя формы, вполнѣ сходныя съ формами міэлина, которыя получаются спустя нѣсколько дней послѣ перерѣзки нервовъ. Мѣстами міэлина нѣтъ вовсе, такъ что нервныя волокна представляются какъ-бы пучечками соединительной ткани. По всей вѣроятности, міэлинъ изъ этихъ мѣстъ успѣлъ уже всосаться; въ другихъ же мѣстахъ препарата нервныя волокна еще содержатъ его то больше, то меньше. На препаратахъ, обработанныхъ Мюллеровскою жидкостью, видно, что міэлинъ, превратившійся изъ сплошной однообразной массы въ зернистую, набухаетъ и растягиваетъ шванновскую оболочку до того, что во многихъ мѣстахъ невозможно видѣть ни ея самой, ни ея клѣтокъ. Кромѣ того, при обработкѣ нервовъ карминомъ, причемъ осевой цилиндръ окрашивается въ красный цвѣтъ, можно видѣть, что послѣдній представляется во многихъ мѣстахъ какъ-бы усѣяннымъ незначительными узелками и мѣстными утолщеніями. Мѣстами же осевой цилиндръ совершенно отсутствуетъ, и вмѣсто нервныхъ трубочекъ имѣются пучечки неясно выраженной соединительной ткани.

Всѣ эти глубокія измѣненія дегенеративнаго характера становятся для насъ совершенно понятными, разъ мы знаемъ, что ganglion nodosum, въ клѣткахъ котораго начинаются многія волокна vagi, во многихъ случаяхъ чахотки самъ подверженъ глубокимъ воспалительно-дегенеративнымъ измѣненіямъ; патологическое состояніе волоконъ блуждающаго нерва представляется, въ такомъ случаѣ, прямымъ послѣдствіемъ подобнаго же состоянія клѣтокъ.

Патологическое состояніе блуждающаго нерва у чахоточныхъ обнаруживается заболѣваніями всѣхъ органовъ, иннервируемыхъ этимъ нервомъ, начиная съ гортани.

Извѣстно, что у фтизиковъ гортань представляетъ locus не только minoris, но minimae resistentiae. Функціи ея начинаютъ разстраиваться нерѣдко задолго до появленія доступныхъ распознаванію симптомовъ со стороны легкихъ. Будущіе и настоящіе фтизики нерѣдко страдаютъ, по описанію Ziemssen'а (l. c. p. 295), беззвучностью и легкимъ обрываніемъ голоса при каждомъ напряженіи во время разговора или пѣнія, появленіемъ охриплости отъ малѣйшей простуды. Иногда у такихъ больныхъ голосъ по утрамъ бываетъ совершенно чистъ, а къ вечеру постепенно становится все болѣе и болѣе хриплымъ. Ларингоскопируя такихъ больныхъ повторно въ теченіи дня, Löri (l. c. p. 112) находилъ у нихъ постепенно усиливающійся къ вечеру парезъ m.m. transversus и thyreoarythenoideus. На ряду съ этими двигательными разстройствами гортанныхъ мышцъ, подробно описанными многими авторами (Klemm [142]), Kittler [143]), Gerhardt [144]), Bassols y Prim [145])) и не сопровождаемыми зачастую никакими измѣненіями на слизистой оболочкѣ гортани, у фтизиковъ наблюдаются также (Lôri p. 111) весьма разнообразныя разстройства чувствительности гортани, въ видѣ различныхъ парестезій.

Всѣ эти разстройства съ такою опредѣлительностью указываютъ на разстройство иннерваціи гортани, что на этотъ счетъ разногласія между авторами не существуетъ; патологическія измѣненія гортанныхъ мышцъ дегенеративнаго характера, описанныя у фтизиковъ Eug. Fränkel'емъ [146]), конечно, составляютъ ближайшій анатомическій субстратъ двигательныхъ разстройствъ фтизической гортани, но и они въ свою очередь являются послѣдствіемъ ослабленной иннерваціи этихъ мышцъ. Но какая же причина этихъ разстройствъ иннерваціи? По мнѣнію Kittler'а, здѣсь виновато общее малокровіе, обусловливающее дурное питаніе мозга и исходящихъ изъ него гортанныхъ

нервовъ; другое объясненіе, которое онъ признаетъ вѣроятнымъ, заключается въ рефлекторномъ угнетеніи гортанныхъ окончаній vagi вслѣдствіе раздраженія легочныхъ его окончаній. Но первое объясненіе, очевидно, слишкомъ обще, чтобы объяснить такой локализованный процессъ, какъ разстройство иннерваціи гортанныхъ вѣточекъ, а второе не вяжется съ тѣмъ фактомъ (Löri), что нерѣдко разстройства иннерваціи существуютъ лишь до появленія отчетливыхъ легочныхъ явленій и исчезаютъ съ прогрессомъ фтизическаго процесса, уступая мѣсто анатомическимъ заболѣваніямъ гортани.

Во французской литературѣ господствующее объясненіе сводится къ сдавленію возвратныхъ нервовъ вслѣдствіе adenopathie tracheobronchique (см. напр. Lavenere - Lahont [147]) Boisson [148]) или tracheolaryngée (Gougnenheim [149]), но безъ необходимаго въ данномъ случаѣ микроскопическаго изслѣдованія того мѣста нерва, гдѣ онъ предполагается поврежденнымъ. Случаи Brieger'a и Bäumler'a [150]), въ которыхъ микроскопическое изслѣдованіе было произведено, показываютъ, что ограниченныя мѣстныя заболѣванія recurrentis вполнѣ возможны, какъ въ связи съ гипертрофированной железой (Brieger), такъ и помимо того. Но въ обоихъ этихъ случаяхъ дѣло шло о постоянныхъ параличахъ соотвѣтственныхъ голосовыхъ связокъ, а не о тѣхъ колеблющихся, перемежающихся, паретическихъ состояніяхъ гортанныхъ мышцъ, которыя составляютъ характеристическое явленіе для чахотки и которыя, какъ намъ кажется, достаточно удовлетворительно объясняются хроническимъ воспалительно-дегенеративнымъ состояніемъ gangliі nodosi блуждающаго нерва.

Этотъ же патологоанатомическій фактъ могъ бы, повидимому, объяснить и тѣ случаи жестокой боли въ ухѣ, которая иногда наблюдается при туберкулезѣ гортани. Beverley Robinson [151]) объясняетъ эту боль рефлексомъ съ чувствительныхъ нервовъ гортани на ramus auricularis nervi vagi, отходящій отъ ganglion nodosum; съ нимъ согласенъ и Morell Mackenzie (l. c. p. 506). Если бы дѣло шло о простомъ рефлексѣ съ обнаженныхъ окончаній nervi laryngei superioris на ramus auricularis, въ такомъ случаѣ боль въ ухѣ должна была бы быть частымъ явленіемъ при страданіяхъ гортани и не туберкулезнаго характера: сифилисѣ, коклюшѣ, etc. Быть можетъ, здѣсь слѣдуетъ допустить кромѣ того повышенную раздражительность ganglii nodosi, клѣтки котораго воспринимаютъ волокна и nervi laryngei super. и rami auricularis и замыкаютъ дугу рефлекса. А такую повышенную раздражительность ganglii nodosi у чахоточныхъ легко принять

въ виду наблюдаемаго у нихъ патологическаго состоянія его элементовъ.

Специфическій язвенный ларингитъ чахоточныхъ,—бугорковый характеръ котораго въ настоящее время, послѣ патолого-анатомическихъ изслѣдованій Heintze [152]) и бактеріологическихъ Леша [153]) и Коркунова [154]), стоитъ внѣ всякаго сомнѣнія,— представляетъ еще много неяснаго съ точки зрѣнія патогенеза.

Въ прежнее время весьма распространенъ былъ взглядъ, по которому бугорковыя язвы гортани образуются путемъ непосредственнаго переноса бугорковаго яда (=бациллъ) выкашливаемой мокротой на слизистую оболочку гортани. Но изслѣдованія Heintze (l. c. p. 62) и Коркунова показываютъ, что бугорки гортани развиваются въ подслизистой ткани и нерѣдко бываютъ отдѣлены отъ эпителія слоемъ совершенно здоровой ткани; точно также распредѣляются и бугорковыя бациллы. Ясно, слѣдовательно, что туберкулезъ идетъ здѣсь изнутри ткани къ поверхности слизистой оболочки, и бациллы попадаютъ въ гортань не съ поверхности вмѣстѣ съ мокротой, а метастизируютъ путемъ кровеносныхъ и лимфатическихъ сосудовъ (Коркуновъ).

Въ такомъ случаѣ является вопросъ, почему при бугорчаткѣ легкихъ бугорковыя бациллы, образуя метастазы, оказываютъ такое рѣзкое предпочтеніе гортани и нижнему отрѣзку тонкихъ кишекъ, передъ всѣми другими органами, въ которые они могутъ проникнуть столь же легко? Morell Mackenzie (l. c. p. 503) отвѣчаетъ на этотъ вопросъ, что здѣсь виною „слабость пораженнаго органа“ (la raison, pour la quelle le tubercule affecte une préférence pour un organe plutot, que pour un autre, se trouve dans la faiblesse de l'organe atteint“). Другими словами, необходимо допустить существованіе у чахоточныхъ особаго предрасположенія гортани къ поселенію въ ней бугорковыхъ бациллъ. Въ чемъ состоитъ это предрасположеніе, мы пока не знаемъ. По мнѣнію Коркунова, „причину, почему гортань служитъ такимъ любимымъ мѣстомъ для развитія вторичной бугорчатки, нужно искать въ особенностяхъ ея сосудистой или лимфатической системы“. Намъ кажется, что и разстройства иннерваціи гортани, столь явственно обнаруживающіяся у чахоточныхъ, должны имѣть свою долю значенія въ ряду мѣстныхъ предрасполагающихъ моментовъ, дѣлающихъ ткань гортани особенно благопріятной почвой для развитія туберкулезныхъ бациллъ. Извѣстно, что у чахоточныхъ задолго до наступленія специфическаго заболѣванія гортани и до развитія общей анеміи, наблюдается рѣзкая анемія слизистой оболочки laryngis, на-

столько постоянная и значительная, что считается характерной даже для діагностики (Löri l. c. p. 110: „von eminenter diagnostischen Bedeutung“. Это обстоятельство, не могущее, конечно, остаться безъ вреднаго вліянія на питаніе тканей, ясно указываетъ на патологическое состояніе вазомоторовъ гортани, объ отношеніи которыхъ къ блуждающему нерву Vulpian [155]) говоритъ: „Les lesions, auxquelles est exposé ce cordon nerveux (vagus) chez l'homme sous l'influence des causes diverses, peuvent sans doute determiner dans la membrane muqueuse du larynx des troubles vasomoteurs plus ou moins considerables“.

А для этихъ „lesions“ единственный пока извѣстный патолого-анатомическій субстратъ заключается въ заболѣваніи ganglis nodosi блуждающаго нерва.

Мы не будемъ долго останавливаться на аномаліяхъ сердечной дѣятельности, наблюдаемыхъ у чахоточныхъ, такъ какъ патогенезъ ихъ, повидимому, весьма сложенъ. Какъ извѣстно, сердце чахоточныхъ отличается чрезвычайною раздражительностью (irritable heart англійскихъ клиницистовъ). Учащенное сердцебіеніе наблюдается у нихъ очень часто по самымъ ничтожнымъ поводамъ (Rowlatt [156]), Herard-Cornil, Fabre, Lebert etc.). Кромѣ того, существуютъ наблюденія, гдѣ въ теченіе легочной чахотки наступали, болѣе или менѣе продолжительные приступы тахикардіи, продолжавшіеся иногда болѣе двухъ сутокъ, причемъ число сердечныхъ сокращеній доходило до 208 (Roth [157])). Имѣющіяся патолого анатомическія наблюденія позволяютъ намъ признать три источника этихъ разстройствъ иннерваціи сердца: 1) заболѣваніе ganglii nodosi nervi, 2) заболѣваніе ствола nervi vagi въ различныхъ мѣстахъ вслѣдствіе туберкулеза прилегающихъ къ нему лимфатическихъ железъ (случай Riegel'я, у Proebsting'a [158]), 3) заболѣваніе нижняго шейнаго и перваго груднаго симпатическихъ узловъ, посылающихъ ускоряющія волокна къ сердцу. Патологическія измѣненія въ этихъ узлахъ несомнѣнно встрѣчаются во многихъ случаяхъ легочной чахотки (Скабичевскій [159]), Левинъ [160]) *).

Которому изъ этихъ трехъ источниковъ приписать въ каждомъ отдѣльномъ случаѣ чахотки имѣющіеся приступы тахикардіи, это приходится рѣшать на основаніи сопутствующихъ явленій: со стороны зрачковъ, кожи, гортани, желудка etc.

---

*) Систематическихъ изслѣдованій продолговатаго мозга и сердечныхъ узловъ въ чистыхъ случаяхъ легочной чахотки, на сколько мнѣ извѣстно, еще никѣмъ не сдѣлано.

Заболѣваніемъ нервной системы и въ частности блуждающаго нерва многіе клиницисты (Brinton [161]), Gueneau de Mussy [137]), Cattet [162]), Fernet, Fabre [131]) объясняютъ также тѣ явленія со стороны желудка, которыя такъ нерѣдко наблюдаются у чахоточныхъ. Bourdon [163]) изъ 157 чахоточныхъ находилъ у 112, а Cazeneuve [164]) изъ 68 у 51 отчетливыя разстройства дѣятельности желудка, гастральгію, рвоту, диспепсію etc. Что касается до гастральгіи чахоточныхъ, то въ виду того, что vagus есть чувствительный нервъ желудка (Beaunis [165]), Poincaré [166]) прямо считаетъ ее невральгіей блуждающаго нерва. Для диспепсіи связь съ блуждающимъ нервомъ менѣе ясна, такъ данныя экспериментальной физіологіи относительно вліянія vagi на отдѣленіе желудочнаго сока слишкомъ противорѣчивы (Beaunis II, 68), чтобы на нихъ можно было основывать какіе-нибудь положительные выводы.

Что касается до рвоты, то, какъ извѣстно, у фтизиковъ бываетъ рвота двоякаго рода: 1) заканчивающая собой приступъ кашля и 2) появляющаяся независимо отъ кашля. Перваго рода рвота объясняется обыкновенно распространеніемъ раздраженія съ дыхательнаго центра на расположенный въ тѣсномъ сосѣдствѣ съ нимъ рвотный центръ (Rühle [167]). Второго рода рвота предполагаетъ изолированное возбужденіе рвотнаго центра подъ вліяніемъ центростремительныхъ импульсовъ, исходящихъ по всей вѣроятности, въ виду несомнѣнной клинической связи этой рвоты съ легочнымъ процессомъ, изъ заболѣвшихъ легкихъ, слѣдовательно путемъ блуждающаго нерва. Быть можетъ, заболѣваніе самого блуждающаго нерва въ его gang. nodosum, обусловливая гиперестезію этого нерва, создаетъ благопріятныя условія для особенно частаго и легкаго возбужденія рвотнаго центра со стороны vagi. На такой гиперестезіи vagi у чахоточныхъ особенно настаиваетъ Michel Peter [168]), наблюдавшій, какъ весьма частое явленіе у чахоточныхъ, болѣзненность, иногда весьма рѣзкую. при давленіи по ходу nervi vagi на шеѣ.

IV.

Заключеніе.

Я вполнѣ убѣжденъ, что патологоанатомическія изслѣдованія периферической нервной системы и въ особенности узловъ черепномозговыхъ нервовъ должны давать несравненно болѣе цѣнные

результаты, чѣмъ тѣ, которые предлагаются въ настоящей работѣ; но для этого необходимы нѣкоторыя условія, которыми я не располагалъ, а именно:

1) Прежде всего необходимо значительное разнообразіе матеріала. Такъ, напримѣръ, результаты, полученные относительно брюшнаго тифа, было бы гораздо легче оцѣнить, если бы они были дополнены такими же изслѣдованіями относительно другихъ инфекціонныхъ болѣзней: скарлатины, оспы, кори, дифтерита, дизентеріи, холеры, сыпнаго, возвратнаго тифа и т. д.; притомъ было бы необходимо, конечно, имѣть въ своемъ распоряженіи достаточное и приблизительно одинаковое, годное для сравненій число случаевъ всѣхъ этихъ формъ. Я изслѣдовалъ, напримѣръ, одинъ случай оспы (variola vera) съ совершенно отрицательнымъ результатомъ, узелъ блуждающаго нерва оказался вполнѣ нормальнымъ; но вѣдь и среди двадцати-шести случаевъ брюшнаго тифа у меня было нѣсколько случаевъ, гдѣ результаты получались столь же отрицательные. Очевидно, сравнивать одинъ случай съ двадцатью-шестью невозможно. То же самое относится и къ изслѣдованнымъ мною одному случаю возвратной горячки (f. recurrens), двумъ случаямъ дизентеріи, къ двумъ случаямъ холероподобнаго остраго гастроэнтерита и т. д. Въ двухъ изъ изслѣдованныхъ мною четырехъ случаевъ дифтерита можно было убѣдиться въ существованіи явственнаго endocapsulitis desquamativa и фокусовъ мелкоклѣточнаго инфильтрата въ стромѣ. Но въ клинической картинѣ дифтерита столько элементовъ, указывающихъ на заболѣваніе nervi vagi (Gulat[169]), Suss[170]), Alvarez[171]), Gairdner[172]), и др.) и glossopharyngei, что вопросъ этотъ заслуживаетъ болѣе подробнаго изслѣдованія на болѣе значительномъ числѣ случаевъ и притомъ съ присоединеніемъ изслѣдованія узла nervi glossopharyngei (gang. petrosum), что я и предоставляю себѣ сдѣлать въ другомъ мѣстѣ.

Особенно было бы желательно изслѣдовать состояніе gangÎii nodosi nervi vagi при tabes dorsalis. Гортанные, сердечные, желудочные „кризисы“, наблюдаемые у табетиковъ, давно уже заставили клиницистовъ заподозрѣть у нихъ заболѣваніе блуждающаго нерва, между тѣмъ какъ наблюденіе Oppenheim'a[173]) показываетъ, что есть случаи, гдѣ ядро vagi въ продолговатомъ мозгу не представляетъ никакихъ ни макро-, ни микроскопическихъ измѣненій.

2) Значеніе заболѣванія узловъ блуждающихъ нервовъ для патогенеза тѣхъ или другихъ прижизненныхъ явленій можетъ быть удовлетворительно оцѣнено только при условіи точнаго

знанія того, какія именно явленія со стороны блуждающаго нерва наблюдались у больнаго при жизни; другими словами, оно можетъ быть выяснено только путемъ накопленія казуистическихъ наблюденій, гдѣ патологоанатомическое изслѣдованіе идетъ рука объ руку съ клиникой. Безъ этого всякія попытки объяснить тѣ или другіе симптомы, вообще встрѣчающіеся при данной болѣзни, заболѣваніемъ n. vagi, останутся лишь болѣе или менѣе вѣроятными предположеніями, ибо легко можетъ оказаться, что именно этихъ-то симптомовъ у изслѣдованныхъ субъектовъ при жизни не наблюдалось.

3) Для выясненія роли блуждающаго нерва въ болѣзни органа, иннервируемаго не однимъ лишь vagus'омъ, необходимо для сравненія изслѣдовать всѣ части нервной системы какъ центральной, такъ и периферической, которыя, по даннымъ физіологіи, служатъ источникомъ иннерваціи для даннаго органа.

Всѣ эти пробѣлы и недочеты, равно какъ и многіе другіе, заставляютъ меня, заканчивая свою работу, искренно сожалѣть о томъ, что не могу немедленно начать ее съ начала.

Считаю пріятнымъ долгомъ поблагодарить гг. прозекторовъ больницъ: Обуховской — К. Н. Виноградова и М. И. Полетику, Маріинской — Н. И. Кускова и замѣнявшаго его М. Л. Карповича и Александровской Барачной — Н. В. Ускова за радушное содѣйствіе мнѣ въ добываніи матеріала, а К. Н. Виноградова кромѣ того и за то доброжелательное вниманіе, съ которымъ онъ всегда относился къ демонстрируемымъ ему мною препаратамъ.

Приношу также самую теплую благодарность ассистентамъ клиники, какъ бывшему,—нынѣ проф. Казанскаго Унив. Н. А. Засѣцкому,—такъ и настоящему, А. М. Могилянскому, за постоянную дружескую помощь въ клиникѣ и въ лабораторіи.

Съ такою же благодарностью обращаюсь и ко всѣмъ товарищамъ по клиникѣ за ту поддержку и ободреніе, которое я черпалъ въ ихъ истинно-товарищескихъ отношеніяхъ, благодаря которымъ совмѣстныя занятія въ клиникѣ для каждаго изъ насъ останутся навсегда свѣтлымъ воспоминаніемъ.

ПРИЛОЖЕНІЕ.

ПРОТОКОЛЫ ВСКРЫТІЙ.

Изъ Маріинской больницы.

1. Надежда В. 23 л. № 465 [1]). 1886. Кости черепа нормальны. Dura на наружной поверхности представляетъ налитіе сосудовъ. Pia мутна, отечна, сосуды налиты, рвется при отдѣленіи. Въ правомъ thalamus opticus ближе кнереди сильное расширеніе и наполненіе сосудовъ; въ меньшей степени въ тѣлѣ лѣваго corp. striatum. Ткань мозга настозна, капли крови выступаютъ обильно и скоро. Ependyma 4-го желудочка нормальна, сосуды расширены, при продольномъ разрѣзѣ на мѣстѣ nuclei facialis слѣва имѣется новообразованіе (?) сѣроватаго цвѣта, величиной съ чечевицу, выступающее на поверхность. Сердце нормальной величины, оба веноз. отв. нормальны. на наружной поверхности отложеніе жира, на лѣв. желуд. утолщеніе pericardii. На intima аорты небольшія атероматозныя бляшки. Сердечная мышца дрябла, буро-краснаго цвѣта, стѣнка лѣв. жел. 8 mm., праваго 2 mm. Въ pericardium 1℥ желтов. жидкости. Все правое легкое покрыто свѣжими перепонками, изъ подъ которыхъ просвѣчиваютъ бугорки. Въ верхушкѣ прав. легкаго полость величиной съ куриное яйцо, съ неровнымъ дномъ сѣрожелтаго цвѣта; остальная часть верхней доли усѣяна казеозными узлами величиной отъ горошины до лѣснаго орѣха. Лѣвое легкое свободно, проходимо для воздуха, но усѣяно узелками. Печень норм. величины, на разрѣзѣ буросѣраго цвѣта, рисунокъ долекъ слабо выраженъ. Капсула селезенки утолщена, разрѣзъ гладкій, буро-красный, пульпа не выскабливается. Почки, длина 12 ctm. Капсула легко снимается, на поверхности древовидное развѣтвленіе сосудовъ; изъ сосочковъ выдавливается эмульсивная жидкость. Въ корковомъ слоѣ мѣстами сѣроватые узелки съ маковое зерно. Мезентеріальныя железы увеличены. Солитарныя железы кишокъ увеличены до горошины, мѣстами изъязвлены. Пейеровы железы тоже. Epicrisis. Tuberculosis pulm. pleurarum, intestinorum. Hyperaemia cerebri. Pneumonia caseosa dextra. Neoplasma medullae oblong.

2. Петръ Б. № 473. 1886 19/IX. Кости черепа утолщены; въ сосудахъ черепа и твердой мозговой оболочки обильное количество черной жидкой крови. Dura толста, на наружной поверхности ея сосуды обильно налиты. Pia отечна, мутна, легко отдѣляется, сосуды ея умѣренно налиты. Сосуды основанія мозга, особенно artt. fossae Sylvii немного склерозированы. Оба боковые желудочка растянуты и содержатъ около 2 драхмъ жидкости каждый.

[1]) Нумеръ вскрытія по больничной книгѣ.

Сосуды эпендимы налиты. На разрѣзѣ ткани мозга медленно и рѣдко выступаютъ капли крови; на днѣ IV желудочка не замѣчается никакихъ измѣненій. Сердце увеличено, оба желудочка растянуты, въ полости ихъ темная жидкая кровь; въ правомъ незначительные свертки. Въ art. pulmonalis атероматозныя бляшки. Оба легкія свободны и проходимы, но значительно гиперемированы. Печень нормальныхъ размѣровъ, на разрѣзѣ темнобураго цвѣта съ мелкимъ рисункомъ долекъ. Селезенка плотная, трехгранной формы, на разрѣзѣ гладкая, темновишневаго цвѣта, на поверхности разрѣза замѣчаются бѣлыя точки величиною съ маковое зерно. Почки сильно гиперемированы, цвѣта на разрѣзѣ бурокраснаго, корковый слой отъ медуллярнаго трудно отличается, въ лоханкахъ много крови; на поверхности разрѣза видиѣются малыя и большія кровяныя точки; изъ сосочковъ выдавливается обильная эмульсивная жидкость. Слизистая оболочка толстыхъ кишекъ, особенно recti, усыпана железками величиной въ конопляное зерно. Вверхъ по кишечнику солитарныя железы слабѣе выражены. Къ костномъ мозгу мѣстами замѣчаются кровоизліянія, особенно въ мыщелкахъ. Epicrisis. Hydrophobia.

3. Александръ Е. 15 лѣтъ. № 483. 1886 25/IX. Кости черепа тонки, не склерозированы. Diploe налита. Pia отечна, мутновата, легко снимается, сосуды ея наполнены; сосуды основанія мозга утолщены. Въ обоихъ желудочкахъ около 2-хъ драхмъ жидкости. Ткань мозга пастозна. Лѣвое легкое слегка сдавлено; въ плеврѣ около 1 фунта серозной жидкости. Въ верхней долѣ небольшая каверна съ волошскій орѣхъ. Плевра утолщена. Правое легкое неспадается, на поверхности плевры разсѣяны миліарные узелки. Вся ткань легкаго инфильтрирована узелками разной величины—отъ просяного зерна до лѣснаго орѣха. Сердце растянуто, мускулатура блѣдна, дрябла, клапаны нормальны. Pericardium пусто. Печень значительно увеличена, на поверхности имѣетъ мраморный видъ, на разрѣзѣ пестра, бугорковъ незамѣтно. Селезенка увеличена, круглой формы, пульпа выскабливается легко, темновишневаго цвѣта, мальпигіевы тѣльца значительно развиты. Почки увеличены, корковый слой утолщенъ, темнокраснаго цвѣта, капсула снимается легко, изъ сосочковъ выдавливается обильное количество мутной жидкости. Въ полости живота мутная серозная жидкость. Поверхность peritonei гладкая. Слизистая оболочка кишекъ блѣдна, отечна. Въ толстыхъ кишкахъ солитарныя железы мѣстами выступаютъ надъ поверхностью. Epicrisis. Tuberculosis pulmonum. Pleuritis sinistra serosa, hyperaemia cerebri, degeneratio adiposa hepatis et parenchymatosa renum.

4. Максимъ В. 34 л. № 572. 1886 18/IX. Кости черепа не представляютъ измѣненій. Dura нормальна. Pia тонка. Сосуды основанія склерозированы. Въ pericardium ℥vj прозрачной жидкости. Размѣры сердца 11 — 9. Правое предсердіе выполнено сгустками крови. Правое венозное отверстіе пропускаетъ 2 пальца. Въ лѣвое (вен. отв.) непроходитъ конецъ мизинца. Мышца сердца (слѣва 1,2, справа 1,0) бураго цвѣта. Створки mitralis срослись, сильно утолщены, утолщеніе распространяется на сосочки, хорды почти уничтожены: толщина краевъ клапановъ доходитъ до 0,3—0,4. Сами клапаны безъ измѣненій. Intima аорты склерозирована. Папиллярныя мышцы праваго желудочка мѣстами превращены въ бѣлое фиброзное вещество, трабекулы мѣстами бѣлаго цвѣта, хрящеватой плотности. Лѣвое легкое мѣстами сращено, проходимо, слегка эмфизематозно, нижняя доля его гепатизирована. Печень невелика, вдавленія реберъ ясно выражены, рисунокъ долекъ мелкій; въ пузырѣ свѣтлая желчь. Размѣры селезенки 12 — 9, разрѣзъ гладкій, трабекулы хорошо развиты, пульпа не выскабливается. Почки невелики, блѣдны, сѣрокраснаго цвѣта, рисунокъ корковаго вещества неясенъ, въ немъ замѣтно развитіе соединительной ткани. Изъ сосочковъ выдавливается эмульсивная жидкость. На слизистой толстыхъ кишекъ круглыя язвочки. Epicrisis. Stenosis ostii venosi sinistri. Emphysema pulmonum. Induratio cyanotica renum. Colitis follicularis.

5. Иванъ К. 20 л. № 519. 1886 23/IX. Кости черепа нормальной толщины. dura безъ измѣненій, pia плотна, легко снимается; ependyma обоихъ желудочковъ мутна, ткань мозга плотная. Сердце нормальной величины, въ pericardium ℥ij прозрачной жидкости, стѣнки сердца блѣднобураго цвѣта, endocardium мѣстами мутный; intima аорты слегка атероматозна. Правое легкое свободно, ткань его гипостатична; лѣвое легкое мѣстами приросши, въ нижней долѣ сильная гиперемія. Печень увеличена, лѣвая доля плоская съ пере-

хватомъ по серединѣ; ткань печени въ разрѣзѣ мутно-сѣрокраснаго цвѣта, безъ обозначенія долекъ. Селезенка: размѣры 20—12—7, капсула натянута, въ разрѣзѣ темновишневаго цвѣта съ обильно выскабливающеюся пульпой. Почки паренхиматозны, корковое вещество мѣстами увеличено. Слизистая оболочка толстыхъ кишекъ сѣроаспиднаго цвѣта, солитарныя железы сильно увеличены. Въ тонкихъ кишкахъ, начиная отъ Баугиновой заслонки на пространствѣ $3^1/_2$ аршинъ, язвы величиной до мѣднаго пятака, въ періодѣ распада, края возвышены, подрыты, мѣстами разрушеніе дошло до брюшиннаго слоя, причемъ брюшинный покровъ сильно гиперемированъ. Epicrisis. Typhus abdominalis, начало 3-й недѣли

6. Михаилъ З. 21 г. № 527. 1886 26/IX. Кости черепа нормальной толщины, мѣстами склерозированы; dura нормальна, pia отечна, гиперемирована, утолщена, легко снимается. Ткань мозга плотна, капли темной крови быстро выступаютъ. Сосуды основанія мозга немного утолщены. Intima аорты недалеко отъ передне-наружнаго клапана представляетъ кровяные подтеки, мѣстами съ нарушеніемъ цѣлости поверхности. Толщина стѣнки лѣваго желудочка 1,5, праваго 1,3. Мышца бурокраснаго цвѣта. На art. pulmonalis такой же кровоподтекъ. Оба легкія свободны, правое слегка эмфизематозно. Печень немного увеличена, глинистаго цвѣта въ разрѣзѣ. Селезенка увеличена, капсула утолщена, въ разрѣзѣ пульпа выпячивается и легко выскабливается. Почки немного увеличены, корковый слой утолщенъ, columnae Bertini увеличены, сѣроватаго цвѣта, изъ сосочковъ выдавливается мутная жидкость. Петли кишекъ склеены между собой гнойно-фибринозными спайками; жидкости въ полости брюшины очень мало. Слизистая оболочка толстыхъ кишекъ сѣроаспиднаго цвѣта. Въ тонкихъ кишкахъ, начиная отъ valv. Bauhini на разстояніи около 1 аршина, имѣются язвы величиной отъ горошины до лѣснаго орѣха круглой формы. Одна изъ язвъ перфорирована. Epicrisis. Typhus abdominalis. Peritonitis suppurativa.

7. Иванъ К. 47 л. № 540. 1886 6/XI. Кости черепа и dura нормальны. Pia толста. Въ боковыхъ желудочкахъ жидкость; ependyma мутна, плотна. Ткань мозга плотная, умѣренно гиперемированная; сосуды основанія мозга тонки, прозрачны. Сердце малое, стѣнки желудочковъ бурокраснаго цвѣта. толщина 10—3. Endocardium мѣстами мутно, клапаны нормальны; ширина аорты въ началѣ $5^1/_2$, pulmonalis 6. Оба легкія свободны, проходимы; плевра гладкая. У верхушки праваго легкаго имѣются рубцевыя втягиванія. Печень не увеличена, на поверхности утолщенія капсулы; мѣстами фибринозно-гнойныя склейки. Въ разрѣзѣ бурокраснаго цвѣта съ сѣроватымъ отливомъ; дольки почти незамѣтны. Селезенка: длина $10^1/_2$, ширина 7. толщина $2^1/_2$. Капсула мѣстами утолщена. Паренхима не выступаетъ надъ разрѣзомъ. Цвѣтъ разрѣза вишневокрасный, трабекулы развиты, pulpa не выскабливается. Почки $10^1/_2$ обѣ, капсула легко снимается, поверхность дольчатая. Columnae Bertini расширены, сѣрожелтаго цвѣта съ матовымъ оттѣнкомъ, изъ сосочковъ выдавливается обильная эмульсивная жидкость. Мезентеріальныя железы увеличены. Слизистая оболочка желудка растянута. Слизистая оболочка кишекъ темносѣраго цвѣта. Начиная отъ coecum на протяженіи $1^1/_2$ арш., разбросаны язвы величиною около двугривеннаго съ неровной поверхностью. Мѣстами имѣются перфораціи величиною во всю пейерову бляшку; тонкія кишки мѣстами расширены и рѣзко переходятъ въ значительное съуженіе. Epicrisis. Typhus abdominalis. Peritonitis perforativa.

8. Ульрика К. 17 л. № 575. 1886 6/XII. Кости черепа нормальны, dura также. Pia тонка, прозрачна, умѣренно налита. при сниманіи легко разрывается; сосуды основанія прозрачны. Лѣвый желудочекъ значительно больше. Въ мозжечкѣ измѣненій нѣтъ. Въ полости pericardii 1 ʒ свѣтлой жидкости. Сердце: длина 10. ширина 9, сердечная мышца блѣдносѣрокраснаго цвѣта. толщина 12—3. клапаны нормальны. Около лѣвой art. coronaria въ sin. Valsalvae атероматозная бляшка. Ширина аорты 5,5. pulmonalis 6,5. Правое легкое незначительно приращено. Въ нижней долѣ его ателектазъ. Нижняя доля лѣваго легкаго почти вся ателектатична. Печень увеличена, длина 28, ширина 15, вышина 8; въ разрѣзѣ глинисто-сѣроватаго цвѣта съ неясно очерченными дольками. Селезенка: размѣры 14—8—3,5. Въ разрѣзѣ темновишневаго цвѣта, pulpa легко выскабливается. Почки увеличены, длина 12, капсула легко снимается; корковый слой утолщенъ. мутенъ. сосуды налиты, изъ сосочковъ выступаетъ большое количество эмульсивной жидкости. Слизистая

оболочка толстыхъ кишекъ сѣроаспиднаго цвѣта, густо усѣяна фолликулярными язвами, величиной въ горошину, съ возвышенными краями. Въ тонкихъ кишкахъ слизистая оболочка, начиная отъ valv. Bauhini на разстояніи 2 арш., усѣяна язвами величиной отъ горошины до лѣснаго орѣха, дно язвъ покрыто желтосѣрымъ распадомъ, края возвышены, на нѣкоторыхъ струпъ отпалъ, видно дно. Epicrisis. Typhus abdominalis. Atelectasis pulmonum.

9. Дарья Г. 45 л. № 580. 1886 9/XII. Кости черепа нормальной толщины, сильно склерозированы; pia толста, отечна, по стѣнкамъ сосудовъ бѣлыя утолщенія въ видѣ полосъ, снимается легко. Сосуды основанія утолщены, мѣстами склерозированы. Ткань мозга плотная, капли крови выступаютъ медленно. Ependyma обоихъ желудочковъ мутна, особенно по сосудамъ, и плотна. Дно 4-го желудочка мутновато, гладко. Вѣсъ мозга 1360. Сердце: вѣсъ 530, длина 12, ширина 14, вышина 5. Подперикардіальный слой праваго желудочка сильно развитъ. Въ правое венозное отверстіе входятъ 4 пальца, въ лѣвое $2^1/_2$. Оба желудочка сильно растянуты, мышца бурожелтаго цвѣта, блѣдна. Толщина мышцы лѣвой 10, правой 3, мѣстами до $^1/_2$. Полулунные клапаны аорты по краямъ утолщены. Лѣвый полулунный клапанъ представляется обезображеннымъ наростами, трудно снимающимися. Около клапана и мѣста, гдѣ начинается art. coronaria sinistra, полость, въ которую входитъ конецъ указательнаго пальца. Дно ея составляетъ стѣнка arteriae pulmonalis. Надъ этой полостью двигается, въ видѣ клапана, вегетативное разращеніе, идущее отъ intima аорты. Края этого углубленія подрыты. Остальные два клапана тоже мѣстами утолщены. Ширина аорты 7, pulmonalis 8. Клапаны праваго сердца нормальны. Въ полости pericardii 500 к. с. прозрачной желтоватой жидкости. Оба легкія свободны и проходимы. Въ полости правой плевры 1000 к. с., въ лѣвой 200 к. с. прозрачной желтоватой жидкости. Печень: вѣсъ 3370, длина 28, ширина 28. Поверхность неровная, бугристая, со звѣздчатыми вдавленіями, особенно около lig. suspensorium. Ткань плотна, упруга, въ разрѣзѣ неровна, сосуды сильно налиты, дольки выражены неясно, развитіе соединительной ткани около сосудовъ. Въ желчномъ пузырѣ тягучая, черная желчь. Почки: правая 13, лѣвая $13^1/_2$, капсула снимается свободно, поверхность имѣетъ мраморный видъ, корковый слой утолщенъ, мѣстами совершенно желтаго цвѣта, ткань плотна, изъ сосочковъ не выдавливается эмульсивной жидкости. Селезенка 14—9—5. Капсула сѣрокраснаго цвѣта, натянута: разрѣзъ гладкій, сильное развитіе трабекулъ, пульпа не выскабливается. Слизистая оболочка желудка и кишекъ свѣтлосѣраго цвѣта. На обѣихъ конечностяхъ, особенно на внутреннихъ поверхностяхъ, сильно развиты варикозные узлы. Въ лѣвомъ колѣнномъ суставѣ небольшое количество синовіальной жидкости, хрящевыя поверхности гладки, синовіальная сумка слегка разрыхлена. Epicrisis. Meningitis chronica. Hydropericardium. Endocarditis ulcerosa. Cirrhosis hepatis et renum. Varices. Synovitis genu sinistri.

10. Егоръ Ф. 22 г. № 581. 1886 10/XII. Кости черепа нормальной толщины, dura мѣстами приращена. Pia мѣстами мутна, сосуды налиты, легко снимается. Сосуды основанія утолщены. Ткань мозга умѣренно гиперемирована, на днѣ 4-го желудочка сосуды налиты. Лѣвыя striae acusticae сильнѣе налиты. Сердце нормальной величины, мышца буро-желтаго цвѣта, толщина 10—2. Endocardium лѣваго желудочка мутно, край valv. bicuspidalis немного утолщенъ. Ширина аорты 5,5, pulmonalis 6. Pericardium пусто. Лѣвое легкое приращено верхушкой, проходимо для воздуха. Правое свободно, въ нижней долѣ небольшой гипостазъ. На поверхности печени оттиски реберъ. Паренхима печени сѣроватаго, бурокраснаго цвѣта. Дольки не ясны. На поверхности печени видны мѣстами желтыя пятна, проникающія въ глубину ткани на 5—6 ctm. Пузырь содержитъ много свѣтлой желчи. Селезенка 14—11—3, капсула сморщена, сѣрофіолетоваго цвѣта, разрѣзъ гладкій надъ поверхностью не выдается, pulpa легко выскабливается. Почки малы, капсула съ трудомъ отдѣляется, ткань почки блѣдна, мало отличается корковое вещество отъ медуллярнаго. Рисунокъ корковаго вещества смазанъ. Изъ сосочковъ обильно выдавливается эмульсивная жидкость. Слизистая оболочка кишекъ сѣроаспиднаго цвѣта. Въ ileum на протяженіи $1^1/_2$ аршина значительно припухши пейеровы бляшки, нѣкоторыя изъязвлены. Ближе къ coecum имѣются въ большомъ количествѣ язвы съ подрытыми краями. У самой Баугиніевой заслонки большія язвы, доходящія до мышечной оболочки. Отъ 5-го шейнаго позвонка за oesophagus вся клѣтчатка инфильтрирована гноемъ, спускаю-

щимся до 4-го груднаго позвонка. Слизистая оболочка oesophagi нормальна. На обоихъ черпаловидныхъ хрящахъ имѣются язвенныя поверхности величиной съ горошину. Мезентеріальныя железы увеличены и пигментированы. Въ обоихъ колѣнныхъ суставахъ имѣется большое количество мутной гноевидной жидкости. Въ нижней трети обоихъ бедеръ мышцы инфильтрированы. Epicrisis. Ileo-typhus. Laryngitis ulcerosa. Mediastinitis purulenta posterior. Synovitis genu purulenta duplex.

11. Анна У. 70 л., № 20, 1887 16/I. Кости черепа толсты и склерозированы. Pia мутна и отечна, легко снимается, подъ ней значительное количество жидкости. Ткань мозга малокровна, отечна, оба желудочка растянуты серозной жидкостью; сосуды основанія мозга сильно склерозированы. Въ полости pericardii 4ʒ жидкости, мѣстами срощенія обоихъ листковъ. Вѣсъ сердца 890 гр., длина 14½, ширина 15, толщина 7. Толщина стѣнокъ лѣваго желудочка 20, праваго 8. Полости предсердій расширены, а желудочковъ уменьшены; полулунные клапаны аорты утолщены, пропитаны известью. Аорта вплоть до бифуркаціи сильно склерозирована и пропитана известью. Въ полости правой плевры инкапсулированная полость, наполненная прозрачной кровянистой жидкостью, нижняя доля праваго легкаго въ состояніи полнаго ателектаза; лѣвое легкое свободно и проходимо; печень уменьшена, капсула утолщена, на ощупь весьма бугриста, хруститъ подъ ножомъ въ особенности на краяхъ; на разрѣзѣ междольчатое вещество увеличено, сосуды сильно налиты. Желчный пузырь наполненъ свѣтлой желчью. Селезенка уменьшена, овальной формы, пульпа мало выскабливается, трабекулы сильно развиты. Почки: длина 11 ctm., капсула снимается съ трудомъ, поверхность бугриста, на разрѣзѣ явленія венознаго застоя, корка мѣстами утончена. Въ кишкахъ особыхъ измѣненій не имѣется. Въ полости живота 7000 к. с. прозрачной жидкости. Epicrisis. Arteriosclerosis. Stenosis ostii aortae. Cor bovinum. Pleuritis circumscripta. Induratio cyanotica hepatis et renum. Ascites.

12. Марія К. 40 л., № 65, 1887 9/II. Кости черепа склерозированы, умѣренной толщины, dura mater приращена, pia сильно отечна, легко снимается. Ткань мозга мягка, малокровна. Сосуды на основаніи мозга склерозированы. Въ pericardium 6ʒ желтой прозрачной жидкости. Сердце длина 12, ширина 5. Въ правое атріовентрикулярное отверстіе входитъ палецъ, въ лѣвое только конецъ мизинца. Края mitralis и tricuspidalis утолщены и срощены между собою, хорды укорочены. Endocardium лѣваго желудочка мутно, на intima aortae незначительныя атероматозныя отложенія, на art. coronaria dextra et sinistra атероматозныя отложенія. Въ обѣихъ плеврахъ по 1000 к. с. серозной жидкости. Передняя часть праваго легкаго покрыта легко снимающимися перепонками. Ткань обоихъ легкихъ нормальна. Печень значительно уменьшена. Длина всей 21, ширина 17, высота 9. Поверхность ея бугриста, со многими втягиваніями, на этихъ мѣстахъ капсула утолщена, на разрѣзѣ хруститъ. Поверхность разрѣза зерниста съ выступающими островками сѣро-желтаго цвѣта. Дольки не ясны. Пузырь содержитъ немного темной желчи. Почки, длина 10. Капсула снимается съ трудомъ, мѣстами съ коркой. Поверхность бугриста, ткань очень плотная. Корковое вещество желтокрасноватаго цвѣта, рисунокъ неясный. Въ мозговомъ веществѣ рѣзко развиты бѣловатыя полоски, изъ сосочковъ выдавливается мутная жидкость. Селезенка трехгранной формы плотная, размѣры 10—9—6, капсула утолщена, разрѣзъ гладкій почти сухой. Пульпа не выскабливается, трабекулы сильно развиты. Слизистая оболочка желудка растянута, сосуды ея налиты. Слизистая оболочка тонкихъ и толстыхъ кишекъ гиперемирована. Въ полости живота около 3000 прозрачной жидкости. Epicrisis. Stenosis ostii venosi sinistri et dextri. Ascites serosa. Pleuritis dextra et transsudatio duplex. Induratio cyanotica hepatis, renum et splenis.

13. Анна А. № 116, 1887 21/III. Кости черепа нѣсколько утолщены. Dura нормальна. Pia отечна, мутновата, плохо снимается. Ткань мозга плотна, умѣренно гиперемирована. На днѣ 4-го желудочка сосуды налиты. Сосуды основанія утолщены. Сердце увеличено, слой жира утолщенъ, стѣнки дряблы, предсердія выполнены сгустками. Лѣвое венозное отверстіе пропускаетъ только мизинецъ, правое 2½ пальца. Толщина стѣнки лѣваго желудочка 8, праваго 2. Клапаны аорты утолщены, endocardium мѣстами мутно, клапаны двустворки утолщены и срощены, хорды утолщены втрое, хорды tricuspidalis также. Въ pericardium 3ʒ свѣтлой жидкости. Въ полости правой

плевры до 2400 к. с. свѣтлой жидкости. Лѣвое легкое отечно мѣстами. Печень уменьшена, капсула ея утолщена, мѣстами бугриста. Въ разрѣзѣ мелкіе желтые островки, мелкій мускатъ съ увеличеннымъ, мѣстами, междольчатымъ веществомъ. Желчный пузырь толстъ, содержитъ незначительное количество желчи. Селезенка кругла, капсула ея утолщена, ткань плотна, пульпа не выскабливается. Лѣвая почка нѣсколько уменьшена, ткань сильно налита, рисунокъ въ коркѣ неясенъ, эмульсивное выдѣленіе обильное, корковый слой мѣстами утонченъ. Въ правой почкѣ columnae Bertini увеличены, ткань гиперемирована. Лѣвый яичникъ въ видѣ бугристой опухоли хрящеватой консистенціи, имѣетъ нѣсколько полостей, выполненныхъ буроватой кровянистой жидкостью. Правый яичникъ на поверхности бугристъ. Слизистая оболочка матки гиперемирована. Слизистая оболочка кишекъ усѣяна увеличенными солитарными железами. Epicrisis. Stenosis ostii venosi sinistri. Pleuritis exsudativa dextra. Endocarditis chronica. Induratio cyanotica hepatis.

14. Элеонора Ч. 38 л., № 140. 1887 6/IV. Въ полости живота 1500 к. с. прозрачной жидкости, въ полости правой плевры 1200 к. с., въ pericard. ℥jj. Сердце увеличено: 12,5—11,5—5. Оба желудочка растянуты и выполнены сгустками. Толщина стѣнки лѣваго 12, праваго 5. Въ лѣвое венозное отверстіе проходитъ конецъ указательнаго пальца, въ правое три пальца. Края клапановъ утолщены на довольно широкомъ пространствѣ, хорды всѣ укорочены, утолщены, нѣкоторыя изъ нихъ срощены въ сплошную массу. На поверхности клапановъ со стороны предсердія разсѣяны бородавчатыя вегетаціи. На наружной стѣнкѣ предсердія имѣются кистовидныя опухоли величиной съ горошину, содержащія кровь. На всѣхъ трехъ полулунныхъ клапанахъ имѣются старыя вегетаціи. Правое легкое приращено верхней и средней долей и отдавлено трансудатомъ кверху; проходимо. Лѣвое легкое мѣстами тоже приращено, проходимо. Печень увеличена, 28—19—9; поверхность зерниста, капсула утолщена. Ткань хруститъ подъ ножомъ, мускатна. Селезенка 19—8—5. Капсула сильно утолщена, трабекулы также, на нижнемъ концѣ старый инфарктъ. Почки, лѣвая 13,5, правая 11. Капсула съ трудомъ снимается. Поверхность бугриста, корковый слой истонченъ. Въ лоханкѣ лѣвой почки имѣется камень 5—6 ctm. Въ правой почкѣ тѣ же измѣненія и кромѣ того два большіе инфаркта. Epicrisis. Stenosis ostii venosi sinistri. Endocarditis vegetans. Hydrothorax dex. Ascites. Induratio cyanotica hepatis et renum. Infarctus renis dextri et lienis. Concrementum renis sinistri.

15. Анна А. № 138, 1887. 4/IV. Кости черепа нормальной толщины. Diploe налита. Dura толста, мѣстами приращена; pia отечна, по сосудамъ мутна; сосуды основанія склерозированы. Оба боковые желудочка растянуты. Ткань мозга умѣренно гиперемирована, на днѣ 4-го желудочка сосуды сильно налиты, въ эпендимѣ имѣются небольшіе кровоподтеки. Ткань мозжечка гиперемирована. Въ pericardium небольшое количество жидкости. Сердце увеличено, 12—11,5—5. Отложеніе жира значительное, особенно на правой половинѣ. Въ лѣвое венозное отверстіе входятъ $2^1/_2$ пальца, въ правое 3. Стѣнки лѣваго жел. 15, прав. 2—4. Мышца дрябла буро-желтоватаго цвѣта. Двустворчатые клапаны со стороны предсердія разрыхлены, неровны, мѣстами покрыты атероматозными отложеніями, на углахъ ихъ свѣжія вегетаціи, одни желтыя другія красныя. Эндокардій мѣстами мутенъ. На полулунныхъ клапанахъ аорты, равно какъ и на intima атероматозныя бляшки. Правая и лѣвая art. coron. сильно атероматозны. Tricuspidalis по краямъ слегка утолщена. Правое легкое приращено у верхушки, въ верхней долѣ имѣетъ рубцовое втягиваніе. Лѣвое совершенно свободно. Печень большая, 28—26—6, желтовато-глинистаго цвѣта въ разрѣзѣ, мѣстами желтые островки дольки сглажены, ткань дрябла. Селезенка большая 16—$9^1/_2$—4, капсула ея красновато сѣраго цвѣта съ темными пятнами, утолщена, въ разрѣзѣ сѣровишневаго цвѣта, мягка, пульпа умѣренно выскабливается. Лѣвая почка, 13, капсула легко снимается, поверхность желтаго цвѣта, на ней рубцовое втягиваніе синяго цвѣта, въ разрѣзѣ рисунокъ корковаго слоя сглаженъ, columnae Bertini расширены, ткань дряблая, изъ сосковъ выдѣляется желтая эмульсивная жидкость. Правая почка 12 съ такими же точно измѣненіями. Слизистая оболочка толстыхъ кишекъ безъ измѣненій. Слизистая тонкихъ кишекъ, начиная отъ coecum, гиперемирована, складки покрыты сѣроватымъ налетомъ на ограниченномъ пространствѣ, остальныя части блѣдно-сѣраго цвѣта съ легкой гипереміей. Epicrisis. Endo-

carditis vegetativa; hepatitis et nephritis parenchymatosa. Infarctus lienis. Arteriosclerosis.

16. Петръ Л. 35 л., № 221, 1887 4/IV. Легкія: верхушки обѣ приращены. Въ верхней долѣ праваго легкаго до 20 полостей до крупнаго яйца величиной, съ гладкими стѣнками, выполненныхъ казеозно—ихорознымъ содержимымъ. Въ лѣвой верхней долѣ одна каверна съ апельсинъ. Обѣ верхнія доли плотны, почти непроходимы для воздуха, пропитаны сѣрыми и желтоватыми узлами. Нижнія доли проходимы для воздуха, содержатъ небольшое количество узелковъ съ горошину. Сердце: величина нормальная, перикардій мутенъ. Artt. coronariae склерозированы, клапаны нормальны. Эндокардій мутенъ. У начала аорты нѣсколько атероматозныхъ бляшекъ. Печень нормальной величины, капсула гладка, рисунокъ долекъ ясенъ, цвѣтъ разрѣза бурожелтый. Селезенка тверда, края закруглены, на разрѣзѣ суха, стекловиднаблестящаго вида съ сальнымъ оттѣнкомъ. Пульпа почти не выскабливается. Почки нѣсколько увеличены. Капсула снимается легко, корковый слой блѣденъ, поверхность разрѣза суха, блестяща. Colon. Въ colon до 15 язвъ разной величины съ подрытыми краями и сѣроватожелтымъ дномъ. Ileum: гиперемія нижняго отрѣзка и увеличеніе фолликулъ. Желудокъ: mucosa блѣдна, собрана въ складки и покрыта небольшимъ количествомъ слизи. Epicrisis. Pneumonia chronica. Colitis ulcerosa.

17. Сергѣй К. № 222, 1887 4/IV. Легкія приращены. Лѣвое легкое сплошь въ обѣихъ доляхъ уплотнено, почти непроходимо для воздуха и пронизано множествомъ сообщающихся между собою кавернъ какъ съ гладкими, такъ и съ неровными стѣнками. Правое легкое въ верхней и средней долѣ пронизано слившимися массами творожистыхъ узловъ. Нижняя доля проходима для воздуха. Сердце малой величины, эндокардій и клапаны безъ измѣненій. Міокардій темнобураго цвѣта. Селезенка мала, на капсулѣ бѣлыя пятна хроническаго периспленита. Капсула сморщена. Пульпа выскабливается въ умѣренномъ количествѣ. Трабекулы и мальпигіевы тѣльца ясно видны. Печень нормальной величины. Капсула гладка, дольки неясны, паренхима богата кровью. Почки нормальной величины, капсула снимается легко, паренхима особыхъ измѣненій не представляетъ. Ileum: гиперемія нижняго отрѣзка, увеличеніе солитарныхъ фолликулъ, кое-гдѣ изъязвившихся. Epicrisis Pneumonia chronica.

18. Николай Ш. 16 л. № 240, 1887 19/IV. Сердце: правый желудочекъ растянутъ, міокардій блѣденъ, клапаны нормальны. Легкія: верхнія доли обоихъ легкихъ и нижняя доля праваго пронизаны сѣрыми и сѣроватожелтыми, узелками, образующими большія массы. Кавернъ нѣтъ. Плевра покрыта фибринозными отложеніями и старыми перепонками. Печень увеличена, капсула мутна, разрѣзъ желтобураго цвѣта, центры долекъ богаты кровью, границы ихъ неясны. Почки блѣдны, капсула снимается легко; на разрѣзѣ отношенія корковаго и мозговаго слоя нормальны. Селезенка нѣсколько увеличена, плотна, капсула ея мутна. Pulpa легко выскабливается, трабекулы хорошо видны. Кишки: въ colon 1 язва, въ ileum ихъ множество, съ подрытыми краями и сѣроватымъ дномъ. Гиперемія нижняго отрѣзка ilei. Желудокъ нѣсколько растянутъ. Epicrisis. Pneumonia tuberculosa. Ulcera intestin. tuberculosa

19 Елена А. 44 л. № 255, 1887 27 IV. Въ полости pericardii болѣе 5 унцій прозрачной свѣтлой жидкости. Отложеніе жира на сердцѣ умѣренное. Мышца буроватаго цвѣта, истончена. Полости растянуты, трабекулы тонки. Клапаны нормальны. Легкія: правое приращено у верхушки, на плеврѣ старыя перепонки. Въ верхней долѣ каверна величиной съ небольшое яблоко, съ изрытыми стѣнками и ихорозно-гнойнымъ содержимымъ. Остальная часть легкаго хруститъ подъ ножемъ, на разрѣзѣ сѣроаспиднаго цвѣта и пронизана множествомъ мелкихъ кавернъ, того же характера, что и вышеописанная, а также сѣрыхъ узловъ, состоящихъ изъ отдѣльныхъ просовидныхъ узелковъ. Такія же измѣненія и въ лѣвомъ легкомъ. Печень увеличена, дольки представляютъ расширеніе центральныхъ венъ. Селезенка увеличена, капсула сморщена и утолщена. Ткань блѣдно-красная, трабекулы хорошо развиты. Почки: корковый слой утолщенъ и блѣденъ, ткань плотна и малокровна. Капсула снимается легко. Гортань безъ измѣненій, блѣдна. Кишки: солитарныя железы увеличены мѣстами до горошины.

20. Яковъ П. 20 л. № 256, 1887 27/VI. Сердце мало, правый желудочекъ растянутъ, эндокардій мутенъ, клапаны нормальны. Въ полости правой плевры

находится воздухъ. Легкое мало спалось. На разрѣзѣ множество мелкихъ полостей, образовавшихся изъ растянутыхъ бронховъ. Въ перибронхіальной соединительной ткани сѣроватожелтые узелки. Скопленія такихъ же узелковъ разбросаны по всему легкому. У верхушки подъ самой плеврой каверна величиной съ вишню, сообщающаяся съ полостью плевры небольшимъ отверстіемъ. Въ лѣвомъ легкомъ такія же измѣненія. Печень увеличена, полнокровна, на разрѣзѣ желтобураго цвѣта. Дольки ясно видны, центральныя вены расширены. Селезенка нормальной величины, пульпа выскабливается въ умѣренномъ количествѣ, трабекулы хорошо видны. Почки нормальной величины. Капсула легко снимается, паренхима блѣдна. Кишки представляютъ сплошное увеличеніе почти всѣхъ солитарныхъ железъ нижняго отрѣзка ilei, который гиперемированъ.

22. Александръ С. 31 г. № 300. 1887 4/VIII. Dura плотно приращена, мозгъ безъ измѣненій. Въ полости pericardii $3^1/_2$ унціи трансудата. Сердце увеличено, 12,12. Полость праваго желудочка и предсердія значительно увеличена, трабекулы гипертрофированы. Створки tricuspidalis слегка по краямъ утолщены. Клапаны pulm. и аорты достаточны. Полость лѣваго желудочка нормальной величины. Мускулатура 9 mm. толщины. Ostium ven. sin. представляется щелевиднымъ, непропускающимъ мизинецъ. Intima аорты покрыта незначительными атероматозными утолщеніями. Мускулатура безъ особыхъ измѣненій. Лѣвое легкое мѣстами приращено старыми ложными перепонками. Въ нижней долѣ ткань на незначительномъ протяженіи гепатизирована, темнокраснаго цвѣта, поверхность разрѣза не зерниста. Въ лѣвой плеврѣ 8 унцій трансудата. Стѣнки бронхъ утолщены, сѣраго цвѣта, около сосудовъ развитіе соединительной ткани въ области гепатизированныхъ гнѣздъ. Правое легкое приращено; въ немъ мѣстами разбросаны гнѣзда лобулярной бронхопневмоніи. Селезенка увеличена, плотна, на поверхности разрѣза имѣетъ саговый видъ. Лѣвая почка нѣсколько уменьшена, съ бугристозернистой поверхностью. Корковый слой мѣстами значительно истонченъ; соотвѣтственныя мальпигіевы пирамиды почти вполнѣ атрофированы. Въ правой почкѣ тѣ же измѣненія. На mucosa желудка точечные экстравазаты. Печень мѣстами съ бугристою поверхностью, ткань ея пестраго, краснобураго, съ желтыми крапинами цвѣта, мѣстами дольки вполнѣ исчезли и ткань представляется сѣрой, гомогенной. Въ colon точечные экстравазаты. Ileum безъ измѣненій. Въ fossa iliaca подъ брюшиной скопленіе гноя, простирающееся на $1^1/_2$ сант. подъ lig. Poupartii. Матка немного утолщена, стѣнки ея плотны. Яичники атрофированы. Epicrisis. Stenosis ostii ven. sin. Pneum. catarrhalis acuta. Induratio cyanotica renum et hepatis. Abscessus subperitonealis.

23. Авдотья Л. 13 л. № 301. 1887 5/VIII. Кости черепа и оболочки мозга безъ измѣненій. Ткань мозга нѣсколько малокровна. Сердце нормальной величины. Въ правомъ желуд. сгустки. Мускулатура и клапаны безъ измѣненій. Легкія свободны. Ткань ихъ безъ измѣненій. Около праваго бронха железы увеличены до величины миндальнаго орѣха, пигментированы, большею частью творожисто перерождены. Печень и почки безъ особыхъ измѣненій. Селезенка увеличена, мягка и полнокровна. Мезент. железы увеличены, плотны, малокровны. Пейеровы бляшки изъязвлены на разстояніи 2 футовъ отъ valv. Bauhini. Одна изъ нихъ продырявлена. Сальникъ съ кишками и послѣднія между собой спаяны свѣжими перепонками. Въ полости брюшины около фунта каловой жидкости. Epicrisis. Typhus abdominalis. Peritonitis perforativa.

Изъ Александровской Барачной больницы.

24. Дмитрій Н. 28 л. № 250. 1886 16/VIII. Правое легкое въ верхней долѣ приращено къ грудной клѣткѣ старыми ложными перепонками; лѣвое свободно. Верхняя доля праваго легкаго малокровна, нижняя доля имѣетъ узелъ въ куриное яйцо, непроходимый для воздуха, темно-краснаго цвѣта. Верхняя доля лѣваго легкаго суха, малокровна, нижняя почти сплошь занята узлами красноватаго цвѣта, непроходимыми для воздуха. Размѣры сердца 10,9. Aorta 60 mm, art. pulm. 70; мускулатура очень дрябла, желтоватаго цвѣта, полости растянуты, по свободному краю v. bicuspidalis небольшія утолщенія: endocardium и intima сосудовъ безъ измѣненій. Печень 24,17,6; ткань дрябла, бу-

ровато-желтаго цвѣта, границы долекъ неясны. Желчный пузырь содержитъ до 2-хъ унцій желтоватой желчи; желчные пути проходимы. Селезенка 15,9$^{1}/_{2}$; капсула утолщена, мѣстами приращена къ діафрагмѣ. Капсула съ почекъ снимается, расщепляясь, подъ капсулой очень много группами расположенныхъ бѣлыхъ узелковъ, окруженныхъ поясомъ кровоизліяній; узелки проникаютъ весь корковый слой до Бертиніевыхъ столбовъ. Корковый слой дряблъ. Pia умѣренно налита кровью, по направленію сосудовъ помутнѣнія; ткань мозга малокровна. Слизистая желудка складчата; мѣстами небольшія кровоизліянія. Пейеровы бляшки на значительномъ разстояніи отъ v. Bauhini представляются пигментированными, припухшими, на многихъ изъ нихъ замѣчаются язвы продольнаго направленія, еще неочистившіяся, съ неровными краями, дно покрыто желтоватымъ распадомъ. Брыжжечныя железы припухли, гиперемированы. Epicrisis. Ileotyphus (15 дней); pneumonia catarrh. duplex; nephritis bacterica.

25. Василій И. 20 лѣтъ № 271. 1886 7/IX. Pia mater прозрачна, малокровна, слегка суха, отечна. Ткань мозга малокровна, слегка отечна; сѣрое вещество во всѣхъ отдѣлахъ тоже малокровно. Сердце 11,9$^{1}/_{2}$; полости растянуты, содержатъ сгустки, мускулатура блѣдна, значительно дрябла на разрѣзахъ, какъ бы выварена. Лѣвое легкое свободно, правое приращено. Ткань обоихъ всюду проходима, въ нижнихъ доляхъ довольно богата кровью, въ верхнихъ малокровна. Слизистая оболочка бронхъ красна, утолщена, покрыта густою слизью. Селезенка сильно увеличена: 15,12,5. Ткань темнокраснаго цвѣта, дрябла, но не легко выскабливается. Капсула почекъ при отдѣленіи мѣстами расщепляется; корковый слой красноватаго цвѣта, нѣсколько дряблъ, пирамидки гиперемированы. Печень увеличена 28,20,7$^{1}/_{2}$, передній край нѣсколько закругленъ, ткань слегка дрябла, малокровна, границы долекъ довольно ясны. Желчный пузырь нѣсколько растянутъ, содержитъ до трехъ унцій жидкой, темной желчи. Слизистая оболочка желудка рѣзко утолщена и плотна, бородавчатаго вида и блѣдносѣраго цвѣта. На протяженіи всѣхъ толстыхъ и 3 метровъ тонкихъ кишекъ солитарныя железы увеличены до объема круглой горошины, такъ что мѣстами имѣютъ бородавчатый видъ. Пейеровы бляшки увеличены въ объемѣ, выстоятъ, всѣ они, — также какъ и увеличенныя до грецкаго орѣха брыжжеечныя железы, — въ разрѣзѣ розовато-сѣраго цвѣта, очень дряблы. Костный мозгъ красный въ периферіи съ желтоватымъ оттѣнкомъ въ центрѣ. Epicrisis. Ileotyphus (нач. 2-й недѣли). Myocarditis parenchymatosa ac.

26. Николай К. 28 л. № 273. Кости черепа нѣсколько утолщены. Въ sinus durae matris темная жидкая кровь. Pia mater прозрачна, суха, при отдѣленіи рвется. Бѣлое вещество мозга малокровно. Сѣрое вещество большихъ узловъ и особенно корковое вещество значительно гиперемировано. Сосуды основанія мозга безъ измѣненій. Сердце нормальнаго объема, 12 и 10, по бороздамъ немного жиру; полости растянуты, стѣнки слегка истончены, мускулатура вполнѣ глинистаго вида, очень дрябла, въ сосочковыхъ мышцахъ даже съ желтоватымъ оттѣнкомъ. Аорта 69, art. pulm. 80. Оба легкія почти свободны. Ткань верхнихъ долей проходима, суха. Нижняя доля лѣваго легкаго также проходима, богата кровью. Нижняя доля праваго легкаго непроходима, очень плотна, темно-краснаго цвѣта, совсѣмъ не спалась. Селезенка очень увеличена въ объемѣ, 20, 11, 4$^{1}/_{2}$, капсула немного сморщена, ткань равномѣрнаго темнокраснаго цвѣта, дрябла, но не выскабливается. Капсула съ почекъ снимается легко, корковый слой утолщенъ, красносѣраго цвѣта, ткань дрябла. Мочевой пузырь растянутъ нѣсколько мутной мочей. Печень увеличена въ объемѣ 28, 19, 9. Передній край слегка закругленъ; ткань богата кровью, очень дрябла, границы долекъ плохо видны. Въ желчномъ пузырѣ до 3-хъ унцій темнозеленой желчи. Слизистая оболочка желудка очень толста, плотна, съ крупными складками, бородавчатаго вида. Слизистая обол. тонкихъ кишекъ утолщена, рыхла. Солитар. жел. и Пейеровы бляшки сильно увеличены, рѣзко выстоятъ, въ разрѣзѣ мягки; такого-же вида солитарныя железы по слизистой оболочкѣ толстыхъ кишокъ до S romanum. Брыжжеечныя железы увеличены до объема голубинаго яйца, въ разрѣзѣ блѣдно розоваго цвѣта, очень мягки. Epicrisis. Ileotyphus (начало 2-й недѣли). Myocarditis parenchymatosa acuta. Pneum. cruposa lobi inferioris dext. in stadio hepatisationis.

27. Яковъ В. 23 л. № 277. Сердце нормальнаго объема; въ полостяхъ почти необезцвѣченные, рыхлые сгустки, мускулатура блѣдна, плотна. Кла-

панны безъ измѣненій. Аорта 55. Art. pulm. 67. Лѣвое легкое свободно, верхняя доля проходима; нижняя доля непроходима, темнокраснаго цвѣта; въ разрѣзахъ видны разсѣянные участки блѣднокраснаго цвѣта. Въ полости правой плевры до 7 ф. красноватомутной жидкости. Ткань всюду проходима, малокровна. Въ верхней долѣ почти у верхушки полость до лѣснаго орѣха съ гладкими стѣнками, выполненная творожистыми массами. У верхняго края наружной поверхности нижней доли плотный красносѣраго цвѣта узелъ, величиной до грецкаго орѣха, наружнымъ краемъ достигающій почти до плевры. Селезенка увеличена, 16, 19, 5; капсула напряжена, ткань равномѣрно-темнокраснаго цвѣта, дрябла, но не легко выскабливается. Капсула съ почекъ снимается свободно. Корковый слой слегка утолщенъ, гиперемированъ, плотенъ. Печень увеличена въ объемѣ, 28, 21, 8. Передній край закругленъ, ткань дрябла, границы долей ясны, периферія ихъ съ желтоватымъ оттѣнкомъ. Слизистая оболочка толстыхъ кишокъ блѣдна. На утолщенной слизистой обол. тонкихъ кишекъ, на мѣстахъ Пейеровыхъ бляшекъ, язвы до $1^1/_2$ сант., почти круглой формы съ чистымъ дномъ и краями. Пейеровы бляшки рѣзко увеличены въ объемѣ, рыхлы. На слизистой coecum и colon ascendens тоже язвы вполнѣ очистившіяся. Брыжжеечныя железы увеличены до объема боба, блѣднокраснаго цвѣта, довольно плотны. Epicrisis. Peribronchitis caseosa, pneumonia catarrhalis acuta sin. Pleuritis serosa dextra acuta. Ileotyphus (2-я волна).

28. Иванъ Ч. 20 л. № 278. Pia mater прозрачна, отдѣляется свободно. Сосуды значительно налиты кровью. Бѣлое вещество мозга съ легкимъ розоватымъ оттѣнкомъ; разрѣзы покрываются значительнымъ количествомъ красныхъ точекъ. Сѣрое вещество, особенно корковаго слоя, гиперемировано. Сердце нормальнаго объема; мускулатура нормальнаго цвѣта и плотности. Аорта 57. Art. pulm. 61. Оба легкія свободны. Въ верхней долѣ праваго легкаго полость до грецкаго орѣха съ гнойнымъ содержимымъ и большими выпячиваніями гладкихъ стѣнокъ. Нижнія доли мало проходимы, заняты почти сплошь сидящими сѣрокрасножелтыми участками, величиною до лѣснаго орѣха. Верхушки epiglottis нѣтъ, на мѣстѣ ея язва съ яркокрасными, рыхлыми краями и на днѣ желтоватаго цвѣта, рыхлый, обнаженный хрящъ. Селезенка увеличена въ объемѣ 17, 11, 4. Ткань кирпичатокраснаго цвѣта, дрябла, не выскабливается. Печень нѣсколько увеличена 26, 17, 9. Ткань малокровна, очень дрябла, дольки увеличены, границы ихъ ясны. Въ желчномъ пузырѣ темная жидкая желчь. Слизистая оболочка желудка очень толста, плотна, бородавчатаго вида, блѣдно аспиднаго цвѣта. Капсула съ почекъ снимается свободно. Корковый слой слегка утолщенъ, нѣсколько дряблъ, красноватосѣраго цвѣта. По нижнему отдѣлу тонкихъ кишекъ, на большомъ протяженіи по разрыхленной слизистой оболочкѣ, Пейеровы бляшки и солитарныя железы рѣзко увеличены въ объемѣ, очень дряблы. На мѣстахъ многихъ изъ нихъ язвы двухъ видовъ: одни до 1 сант. съ ровнымъ чистымъ дномъ и крѣпко приставшими краями. На другихъ по дну и по краямъ рыхлая желтоватая масса. Въ coecum и colon ascendens язвы перваго рода. Брыжжеечныя железы увеличены, однѣ изъ нихъ въ разрѣзѣ блѣдны; другія мягки, ярко красного цвѣта. Epicrisis. Ileotyphus (2-я волна). Laryngitis ulcerosa. Pneumonia catarrhalis acuta duplex. Bronchiectasia dextra.

29. Александръ С. 18 л. № 280. Pia прозрачна, суха, отдѣляется свободно, но рвется. Ткань мозга суха, очень малокровна. Сердце нѣсколько расширено въ поперечномъ размѣрѣ; мускулатура плотна, нормальнаго цвѣта. клапаны безъ измѣненій. Въ полостяхъ обезцвѣченные плотные сгустки. Правое легкое плохо спалось, плевра его покрыта тонкимъ фибринознымъ налетомъ. ткань его, за исключеніемъ верхушки, всюду непроходима, дрябла. Нижній отдѣлъ верхней доли и верхній отдѣлъ нижней доли блѣдносѣраго цвѣта: верхняя часть верхней доли краснаго цвѣта. Лѣвое легкое свободно и содержитъ темнокрасные участки непроходимой ткани. Селезенка нѣсколько увеличена, 12, 10, $3^1/_2$, ткань темнокраснаго цвѣта, дрябла, но не выскабливается. Почки слегка увеличены, капсула снимается свободно, корковый слой малокровенъ, утолщенъ, довольно дряблъ. Печень увеличена въ объемѣ. 25, 17, 8, красноватоглинистаго вида, очень дрябла, границы долекъ не видны. Въ желчномъ пузырѣ темная жидкая желчь. Слизистая оболочка сокращеннаго желудка, рыхла. Слиз. обол. нижняго отдѣла тонкихъ кишекъ на прот. 140 сант. сильно утолщена, рыхла, разлитаго краснаго цвѣта. Пейеровы бляшки и многія

солитарныя железы рѣзко увеличены въ объемѣ, рыхлы, съ многочисленными мелкими язвами на поверхности, неровное дно и края которыхъ рыхлы, темнокраснаго цвѣта, мѣстами покрыты желтымъ распадомъ. Нѣкоторыя солит. жел. въ соседни представляютъ тотъ же видъ. Брыжжеечныя железы увеличены до объема боба. Въ разрѣзѣ блѣднокраснаго цвѣта. Epicrisis. Ileotyphus (нач. 2-й нед.). Pneumonia cruposa dextra in stadio hepatisationis griseae.

30. Константинъ Л. 17 л. № 281. Кости свода черепа сильно гиперемированы. Pia mater прозрачна, отдѣляется свободно. На разрѣзахъ бѣлаго вещества мозга выступаетъ много расплывающихся красныхъ точекъ. Сѣрое вещество, особенно корковаго слоя, рѣзко гиперемировано. Сердце мѣстами уменьшено въ объемѣ, мускулатура блѣдна, дрябла. Оба легкія свободны, ткань ихъ малокровна; въ полости брюшины болѣе фунта мутной сѣроватой жидкости. Всѣ отдѣлы брюшины покрыты рыхлымъ фибринознымъ налетомъ. Селезенка сильно увеличена, 17, 16, 4, ткань малокровна, блѣдна, не выскабливается. Печень 24, 18, 9½, ткань красноватоглинистаго цвѣта, дрябла, границы долекъ совсѣмъ не видны. Почки слегка увеличены, капсула снимается свободно, корковый слой блѣдносѣраго цвѣта, рѣзко утолщенъ, дряблъ. Пирамидки слегка гиперемированы. Слизистая оболочка растянутаго желудка блѣдна. Въ нижнемъ отдѣлѣ тонкихъ кишекъ слиз. обол. блѣдна, утолщена. На мѣстахъ Пейеровыхъ бляшекъ и нѣкот. солитарныхъ железъ язвы неправильной формы, до 4 сант. съ вполнѣ чистымъ дномъ, неровными, сильно подрытыми краями, по которымъ желтыя творожистыя массы. Одна изъ язвъ достигаетъ до серознаго покрова и черезъ отверстіе въ 2 mm. сообщается съ полостью брюшины. Слизистая обол. гортани утолщена, синеватокраснаго цвѣта, верхушки epiglottis нѣтъ, на мѣстѣ ея язва съ ровными краями, на днѣ ея изъѣденный, обнаженный желтаго цвѣта хрящъ. Epicrisis. Ileotyphus (3-я недѣля). Perforatio ilei. Peritonitis acuta. Laryngitis ulcerosa.

31. Василій К. 16 л. № 285. Сердце норм. объема, 10, 9. По бороздамъ немного жиру, въ полостяхъ небольшіе студневидные сгустки, мускулатура красна, норм. плотности. Аорта 54, art. pulm. 59. Лѣвое легкое приращено, правое свободно, ткань всюду проходима, малокровна, суха. Въ нижней долѣ праваго легкаго разсѣяны темнокрасные участки мало проходимой ткани. Слизистая оболочка бронхъ синеватокраснаго цвѣта, очень толста, рыхла, покрыта большимъ количествомъ густаго гноя. Слизистая оболочка трахеи и бронхъ также утолщена, съ яснофіолетовымъ оттѣнкомъ. Истинныя голос. связки рубцоваго вида и по нимъ язвы, проникающія сквозь всю толщину слизистой оболочки. съ ровнымъ дномъ и слегка изъѣденными краями. Такого-же вида язвы на мѣстѣ соединенія связокъ, по одной на каждой ложной голосовой связкѣ и поверхностная язва на epiglottis. Селезенка увеличена 16, 11, 4½. Ткань богата кровью, плотна, мальпигіевы тѣльца видны. Печень 26, 18, 8½, ткань нѣсколько дрябла, границы долекъ видны. Слизистая оболочка желудка рѣзко утолщена. плотна, въ крупныхъ складкахъ. Въ нижнемъ отд. тонкихъ кишокъ на протяженіи 65 сант. имѣются увеличенныя Пейеровы бляшки и солит. железы, а также язвы до 1 сант. съ тонкими, сильно подрытыми краями и вполнѣ чистымъ дномъ. Брыжжеечныя жел. увеличены до объема миндалины. Почки рѣзко увеличены, капсула снимается легко, ткань богата кровью, особенно въ пирамидкахъ. Корковый слой рѣзко утолщенъ, въ высшей степени дряблъ. Pia прозрачна, отдѣляется свободно, сосуды умѣренно налиты кровью. Бѣлое вещество мозга малокровно; сѣрое слегка гиперемировано, особенно въ корковомъ слоѣ. Epicrisis. Ileotyphus (3-я недѣли). Nephritis parenchymatosa.

Изъ Обуховской больницы.

32. Евфросинія И. 21 г. 1886 6 III. Легкія свободны, въ нижнихъ долихъ гиперемированы и отечны. Сердце увеличено въ поперечникѣ. мышца блѣдна, дрябла, клапаны нормальны. Селезенка увеличена вдвое, темно-краснаго цвѣта, pulpa выскабливается легко. Печень увеличена, съ мѣстными фокуссами жироваго перерожденія. Почки увеличены, консистенція уменьшена. капсула снимается легко. кортикальный слой утолщенъ, сѣро-желтоватаго

цвѣта. На протяженіи тонкихъ кишекъ рѣзкое набуханіе Пейеровыхъ бляшекъ, въ центрѣ начинающихъ изъязвляться. Мозговидное набуханіе мезентеріальныхъ железъ. Diagnosis. Typhus abdominalis.

33. Ефимья К. 28 л. 1886 1/IV. Рѣзкое малокровіе мозга и его оболочекъ. Легкія свободны, правая нижняя и средняя доли въ состояніи красной гепатизаціи. Сердце увеличено во всѣхъ направленіяхъ, мышца съ буроватымъ оттѣнкомъ, гипертрофирована, valv. mitralis рѣзко утолщена, сращена своими свободными краями и не пропускаетъ мизинца. На краяхъ ея и tricuspidalis находятся мелкія, бородавчатыя разращенія. Селезенка увеличена, плотна, въ ней находятся 3 клиновидныхъ инфаркта, 2 желтыхъ и одинъ темно-красный. Печень увеличена, красно-сѣраго цвѣта, дольки различаются съ трудомъ. Желчный пузырь содержитъ жидкую желчь. Почки увеличены, капсула снимается легко, консистенція уменьшена, кортикальный слой утолщенъ. Слизистая оболочка желудка и кишекъ безъ измѣненій. Въ маткѣ на днѣ находится полипъ величиною въ голубиное яйцо; матка увеличена. Diagnosis. Stenos. v. mitralis Pneumon. crouposa dextra media et inferior. Infarctus lienis.

34. Елизавета С. 1886 23/IV. Трупъ отеченъ. Въ peritoneum, плеврахъ и pericardium прозрачная, серозная жидкость. Мозгъ слегка отеченъ. Pia также отечна, снимается легко. Артеріи основанія мозга мѣстами склерозированы. Легкія немного отечны, въ верхней долѣ разсѣяны узлы плотные, сѣро-аспиднаго цвѣта, отъ просянаго зерна до горошины, содержащіе въ центрѣ творожистую массу. Въ средней долѣ праваго легкаго плотное, клиновидное гнѣздо краснаго цвѣта въ грецкій орѣхъ. Такой же болѣе рыхлый инфарктъ темно-краснаго цвѣта въ куриное яйцо находится при основаніи того же легкаго. Сердце увеличено во всѣхъ направленіяхъ, длина его 14 ctm., ширина 14½ ctm., по бороздамъ небольшое отложеніе жира, около верхушки на передней поверхности сердца старыя ложныя перепонки. Полость лѣваго желудочка увеличена, стѣнка около 1½ ctm. толщиною, окружность ostii venosi sinistr. 11 ctm, valv. bicuspidalis по свободному краю немного утолщена. Окружность аорты на мѣстѣ клапановъ 8 ctm., клапаны, кромѣ утолщенія по свободному краю, измѣненій не представляютъ. вода, влитая въ аорту, не протекаетъ черезъ клапаны въ желудочекъ. Вся восходящая часть и дуга аорты и небольшой отдѣлъ нисходящей аорты представляютъ равномѣрное расширеніе въ окружности около 11 ctm. Книзу отъ art. subclavia расширеніе уменьшается и аорта принимаетъ на ½ грудной части окружность 5 ctm. Отходящая отъ дуги аорты правая подключичная, 2 сонныя и лѣвая подключичная расширены. Діаметръ лѣвой подключичной при выходѣ изъ аорты = 2 ctm. Intima въ расширенномъ отдѣлѣ аорты сморщена, усѣяна многочисленными склеротическими, атероматозными бляшками, изъязвлена. На верхней части дуги и нисходящаго отдѣла преимущественно внизу отъ лѣвой подключичной артеріи представляетъ свѣжіе, довольно плотные, блѣдно-краснаго цвѣта, кровяные свертки. Стѣнка праваго желудочка около 4 ctm. толщиною, окружность ostii venosi dextr 11½ ctm. Окружность артеріи pulmonalis 8 ctm. Мускулатура сердца плотна, блѣдно-сѣраго цвѣта. Печень сморщена, плотна, хруститъ подъ ножемъ, на капсулѣ по направленію сосудовъ старыя бѣловатыя утолщенія. Селезенка немного увеличена, перетянута глубокими рубцами клиновидной формы, въ нижнемъ концѣ подъ капсулой клиновидное желтоватое гнѣздо въ горошину съ гиперемированнымъ поясомъ въ окружности, ткань плотна, pulpa выскабливается съ трудомъ. Почки очень плотны, зернисты, гиперэмированы, капсула снимается съ трудомъ. Въ желудкѣ и кишкахъ довольно значительная инъекція венозныхъ сосудовъ. Матка 7 ctm. длины, 5 ширины. Правый яичникъ безъ измѣненій: въ лѣвомъ плотная, бѣловатаго цвѣта, шаровидная опухоль въ грецкій орѣхъ. Diagn. Ectasia aortae. Hypertrophia cordis. Endo-arteritis chr. deformans Nephritis chr. Infarctus pulmon. dextri. Peribronchitis chr. Hepatitis et Splenitis interstit. chr. Tumor ovarii sin. (fibromyoma) Oedema universale.

35. Аграфена П. 41 г. 1886 28/IV. Мозгъ и мозговыя оболочки отечны. Оба легкія приращены; правое легкое эмфизематозно, отечно, плотнѣе нормальнаго, бронхи рѣзко утолщены. лѣвая верхняя доля сморщена, съ трудомъ рѣжется ножемъ, въ верхушкѣ находятся полости съ гладкими стѣнками, наполненныя слизью. Въ полости около-сердечной сумки значительное количество прозрачной серозной жидкости: на поверхности желудочковъ сердца видны отложенія жира, мышца лѣваго желудочка утончена, блѣдна, сильная

гипертрофія стѣнокъ праваго желудочка. Клапаны сердца неутолщены и достаточны. Печень нормальной величины, плотна, бугриста, буро-краснаго цвѣта; желчный пузырь утолщенъ, содержитъ нормальную желчь. Почки меньше нормальныхъ, гиперемированы, бугристы, кортикальный слой утолщенъ, капсула снимается съ трудомъ. Селезенка нормальной величины, плотна, капсула морщиниста. Слизистая оболочка желудка и кишекъ гиперемирована по складкамъ. Въ полости тонкихъ кишекъ находятся 2 экземпляра teniae. Матка безъ особыхъ измѣненій. Diagnosis. Pneumon. interstit. chr. Cor adiposum. Hypertrophia ventriculi dextri. Hydropericardium. Nephritis interstit. chron.

36. Любовь В. 1886 3/v. Мозгъ малокровенъ, слегка отеченъ. Лѣвое легкое весьма объемисто. верхушка приращена къ грудной стѣнкѣ, на мѣстѣ приращенія каверна въ куриное яйцо, сообщающаяся съ бронхами, наполненными кровью. Ткань легкаго усѣяна многочисленными группами сѣрыхъ и желтыхъ миліарныхъ бугорковъ, которые замѣчаются также на плеврѣ. Правое легкое отечно, съ уменьшеннымъ содержаніемъ воздуха; въ ткани его также разбросаны узелки, только въ меньшемъ количествѣ; въ бронхахъ кровянисто-пѣнистая жидкость. Гортань и trachea безъ измѣненій. Сердце немного растянуто, дрябло; двустворчатая заслонка утолщена и по свободному краю представляетъ мелкіе фибринозные узелки. Такіе же узелки въ большемъ количествѣ разсѣяны на нижнемъ лѣвомъ клапанѣ аорты около его свободнаго края. Печень мускатна, на капсулѣ старыя, ложныя перепонки. Селезенка увеличена, рыхла. Почки немного плотны, мѣстами зернисты. Желудокъ наполненъ большимъ количествомъ свернувшейся крови. Въ нижнемъ отдѣлѣ intestiti ilei легкое увеличеніе солитарныхъ железъ съ небольшими язвами. Въ colon ascendens et transversum довольно крупныя глубокія язвы бугорчатаго характера. Матка немного увеличена, въ правомъ яичникѣ серозная киста съ небольшое куриное яйцо, въ лѣвомъ съ грецкій орѣхъ. Diagnosis. Pneumonia tuberculosa. Ulcera tuberculosa intestin. Cystomata ovariorum.

37. Аксинья Е. 33 л. 1886 7/vi. Мозгъ немного отеченъ. Въ правомъ легкомъ разсѣяно нѣсколько узловъ спленизаціи и красной гепатизаціи не болѣе лѣснаго орѣха. Въ лѣвомъ легкомъ нижняя доля, за исключеніемъ передняго края, сплошь гепатизирована, краснаго цвѣта, на плеврѣ свѣжія помутнѣнія. Сердце срощено по всей поверхности съ pericardium, растянуто, очень дрябло, глинистаго цвѣта. Печень увеличена, дрябла, глинистаго цвѣта, дольки сглажены. Селезенка увеличена до 20 ctm., разрыхлена, краснаго цвѣта. Почки немного увеличены, дряблы, корковый слой блѣденъ, изъ сосочковъ выжимается порядочное количество бѣловатой жидкости. Mucosa желудка слегка бородавчата. Въ нижней ½ ilei Пейеровы железы неравномѣрно увеличены, мозговидны, сѣро-красноватаго цвѣта, нѣкоторыя мѣстами изъязвлены. Нѣкоторыя фолликулярныя железы увеличены до конопляннаго зерна. Брыжжеечныя железы значительно увеличены, мозговидны. Матка увеличена, плотна, покрыта старыми перепонками. Diagnosis. Ileotyphus. Pneumon. catarrh. dextra et crouposa sin. lobi inferior. cum pleuritide. Pericarditis chron. adhaesiva.

38. Пелагея К. 33 л. 1886 14/vi. Pia и мозгъ слегка отечны. Легкія проходимы, немного отечны. Сердце растянуто, дрябло, мускулатура блѣдно-коричневаго цвѣта. Печень дрябла, буроватаго цвѣта. Селезенка увеличена, плотна, съ восковиднымъ блескомъ, малокровна, краснаго цвѣта. Почки уменьшены, покрыты атрофическими вдавленіями, дряблы; корковый слой истонченъ, желтоватаго цвѣта. Изъ сосочковъ выжимается много эмульсивной жидкости, капсула снимается съ трудомъ. Слизистая оболочка желудка мѣстами пигментирована. Въ нижнемъ отдѣлѣ ilei слизистая оболочка пигментирована неравномѣрно, нѣкоторыя Пейеровы железы увеличены и блѣдны, другія покрыты сѣро-аспиднаго цвѣта пятнами съ рубцами и небольшими поверхностными пигментированными язвами. Въ толстыхъ кишкахъ, особенно въ нижнемъ отдѣлѣ, разсѣяны многочисленныя язвы съ подрытыми пигментированными краями. нѣкоторыя фолликулярныя железы увеличены и изъязвлены; брыжжеечныя железы пигментированы. Diagnosis. Ileotyphus. Nephritis chronica. Colitis follicularis ulcerosa. Amyloides lienis.

39. Марѳа Л. 1886 22/viii. Сердце увеличено, преимущественно въ поперечникѣ, стѣнка желудочковъ нормальной толщины, полости ихъ увеличены, мускулатура праваго желудочка уплотнена, трабекулы утолщены, правое ушко заполнено обезцвѣтившимся тромбомъ, въ центрѣ размягченнымъ. У

свободнаго края трехстворчатаго клапана рыхлые тромбы съ маковое зерно; нѣкоторыя папиллярныя мышцы сухожильно измѣнены. Intima art. pulmonalis утолщена, зерниста. Лѣвое венозное отверстіе немного съужено вслѣдствіе утолщенія и ограниченнаго сращенія между собою клапановъ. По свободному краю этихъ клапановъ такіе же тромбы, какъ и въ правомъ сердцѣ. Такіе же тромбы на нижней поверхности клапановъ аорты. Верхушки папиллярныхъ мышцъ сухожильно измѣнены, на intima аорты склеротическія бляшки. Около легкихъ, преимущественно съ правой стороны, скопленіе серозной жидкости. Нижняя доля праваго легкаго не содержитъ воздуха, дрябла; верхняя и средняя доли проходимы. Въ верхней долѣ лѣваго легкаго небольшія гнѣзда красной гепатизаціи и подъ плеврой темно-красный инфарктъ величиною въ лѣсной орѣхъ. Въ нижней долѣ такой же инфарктъ въ грецкій орѣхъ. Плевра безъ измѣненій. Печень немного уменьшена, хруститъ подъ ножемъ, мускатна. Селезенка уменьшена, плотна, съ утолщенной капсулой. Почки уменьшены, плотны, бугристы съ небольшими коллоидными кистами въ корковомъ слоѣ. Слизистая оболочка желудка въ выходной части пигментирована, тонка. Въ толстыхъ кишкахъ mucosa мѣстами разрыхлена и гиперемирована. Половые органы безъ измѣненій. Подкожная ткань трупа отечна. Въ полости peritonei большое количество серозной жидкости. Diagnosis. Nephritis chr.. hypertrophia cordis. Stenosis ostii venosi sin, thrombosis auriculae dextrae. Endocardit. v. tricuspidalis et bicuspidal. acuta. Infarctus pulm. sin. Carnificat. lobi infer. pulmonis dextr. Hydrothorax duplex.

40. Пелагея Ф. 18 л. № 362. Кожа трупа слегка окрашена въ желтоватый цвѣтъ. Pia гиперемирована, разрывается при отдѣленіи, ткань мозга мягка, отечна, съ умѣреннымъ содержаніемъ крови, сѣрое вещество слегка гиперемировано. Легкія свободны, богаты кровью, слегка отечны. въ нижнихъ доляхъ, преимущественно праваго легкаго, разсѣяны гнѣзда спленизаціи и красной гепатизаціи величиною неболѣе лѣснаго орѣха. Сердце увеличено въ поперечникѣ, стѣнка праваго желудочка нормальной толщины, лѣваго истончена, мускулатура мягка и блѣдна. Печень немного увеличена, мягка, глинистаго цвѣта, дольки сглажены. Селезенка увеличена, рыхла, темно-краснаго цвѣта, pulpa выскабливается въ видѣ кофейной гущи. Почки немного увеличены, гиперемированы, изъ сосочковъ выжимается большое количество эмульсивной жидкости. Слизистая оболочка желудка рыхла, мѣстами бородавчата и гиперемирована; въ jejunum. увеличеніе нѣкоторыхъ солитарныхъ железъ. Въ ileum Пейеровы и солитарныя железы значительно увеличены, выступаютъ на поверхности mucosae, мозговидны, сѣро-красноватаго цвѣта; измѣненія эти становятся значительнѣе по мѣрѣ приближенія къ valv. Bauhini. Около послѣдней 2 Пейеровы бляшки покрыты желтоватыми струпьями и мѣстами изъязвлены. Въ слѣпой и восходящей толстой кишкѣ солитарныя железы увеличены до конопляннаго зерна, въ остальныхъ отдѣлахъ кишекъ плотныя каловыя массы, слизистая оболочка не измѣнена, брыжжеечныя железы увеличены до сливы, мозговидны, сѣро-красноватаго цвѣта. Матка нормальной величины, слизистая оболочка ея гиперемирована и разрыхлена. Diagn. Ileotyphus. Pneumon cat. ac. dupl.

41. Анисья К. № 435. Общій отекъ наружныхъ покрововъ, особенно нижнихъ конечностей. Pia гиперемирована, отечна, снимается легко, ткань отечна. Въ правой плеврѣ довольно значительное количество прозрачной, серозной жидкости. Нижняя доля праваго легкаго въ состояніи полнаго ателектаза, также и средняя; надъ ателектазомъ находится эмфизематозная ткань, выше переходящая въ нормальную. Отекъ лѣваго легкаго. Сердце увеличено во всѣхъ направленіяхъ, предсердія растянуты, мышцы буроватаго цвѣта, на клапанахъ аорты незначительныя вегетаціи, окружающія Аранціевъ узелъ. Митральныя створки срощены между собою по свободному краю, образуютъ утолщенный конусъ съ отверстіемъ, пропускающимъ только одинъ палецъ. Печень увеличена, гиперемирована, темно-краснаго цвѣта, плотна, вены растянуты. Селезенка нормальной величины, темно-краснаго цвѣта, плотна. Почки увеличены, плотны, поверхность зерниста, капсула снимается легко, отношеніе между кортикальнымъ слоемъ и пирамидами нормально. Въ полости живота много прозрачной жидкости. Пассивная гиперемія слизистой оболочки желудка и тонкихъ кишекъ. Оба желудочка сердца рѣзко гипертрофированы, особенно правый. Diagn. Endocarditis chr. v. mitralis. Insufficientia et stenosis mitralis. Induratio cyanotica renum.

42. Федоръ З. 19 л. 1886 25/II. Слизистая оболочка зѣва гиперемирована и отечна. Внутренняя поверхность epiglottidis, голосовыя связки и trachea до ея средины покрыты общей крупозной перепонкой, легко снимающейся, на голосовыхъ связкахъ оставляющей небольшія изъязвленія и помутнѣнія. Миндалевидныя железы не измѣнены. Отверстіе гортани закрыто ложною перепонкою. Легкія свободны, неспадаются, сильно гиперемированы и отечны. Сердце увеличено въ поперечникѣ, мышца дрябла, клапаны достаточны. Сильная гиперемія печени, изъ венъ выступаетъ жидкая кровь. Почки увеличены, плотны, капсула снимается легко, сильная венозная гиперемія почекъ. Мезентеріальныя железы увеличены и мозговидно инфильтрированы. Тифозныя язвы находятся на всемъ протяженіи толстыхъ кишекъ. Въ тонкихъ кишкахъ язвы небольшія и мѣстами рубцующіяся. Отекъ кожи носа. Diagnosis. Typhus abdomin. Erysipelas faciei. Laryngitis crouposa.

43. Федоръ Н. 51 г. 1886 15/IV. Легкія приращены, отечны, въ разрѣзѣ представляють (преимущественно правое легкое) гнѣзда очень плотной, сѣроаспиднаго цвѣта ткани, усѣянной просовидными, сѣрыми узелками. Въ правой верхушкѣ каверна въ горошину,—въ нижней подъ плеврой каверна въ лѣсной орѣхъ съ пигментированными стѣнками. Сердце немного увеличено въ поперечникѣ, жиръ по бороздамъ атрофированъ, вѣнечныя артеріи склерозированы, стѣнки желудковъ истончены, буроватаго цвѣта. Въ полости живота довольно большое скопленіе серозной жидкости. На поверхности peritonei и особенно на сальникѣ замѣчаются многочисленные сѣрые бугорки. Печень уменьшена, плотна, зерниста, на разрѣзѣ малокровна, на капсулѣ старыя утолщенія. Селезенка увеличена, покрыта рубцами, плотна. Почки нормальной величины, покрыты рубцами, венозные сосуды мѣстами гиперемированы. Слизистая оболочка желудка по складкамъ гиперемирована, покрыта слизью. Въ тонкихъ кишкахъ разсѣяны язвы бугорчатаго характера. Diagn. Tuberculosis acut. pulmonum et. peritonei. Ulcera tuberculosa intest. Cirrhosis hepatis. Pneum. int. chr.

44. Александръ Г. 26 л. 1886 г. 28/VIII. Мускулатура темно-краснаго цвѣта. Pia гиперемирована, слегка отечна, ткань мозга также богата кровью, мягка, сѣрое вещество розоваго цвѣта. Легкія проходимы, слегка отечны, нижнія доли гиперемированы. Лѣвое легкое приращено. Сердце увеличено, стѣнки желудочковъ истончены, очень дряблы, глинистаго цвѣта. Печень увеличена, мягка, глинистаго цвѣта, хруститъ подъ ножемъ. Селезенка увеличена до 15 ctm., очень рыхла, темно-краснаго цвѣта. Почки немного увеличены, дряблы, корковый слой утолщенъ, блѣденъ, пирамидки гиперемированы. Изъ сосочковъ выжимается порядочно эмульсивной жидкости. Слизистая оболочка желудка гиперемирована, рыхла, бородавчата. Брыжжеечныя железы увеличены до сливы, мозговидны, сѣро-красноватаго цвѣта. Въ нижней 1/2 ilei слизистая оболочка утолщена, гиперемирована, солитарныя и Пейеровы железы значительно увеличены, выдаются надъ поверхностію mucosae, мозговидны, красноватаго цвѣта. Въ толстыхъ кишкахъ инъекція венозныхъ подслизистыхъ сосудовъ. Diagnosis. Typhus abdominalis.

45. Михаилъ К. 27 л. Трупъ крѣпкаго сложенія. Pia разрывается при отдѣленіи, умѣренно налита кровью, мозгъ слегка отеченъ, плотной консистенціи, малокровенъ. Легкія свободны, отечны, нижнія доли гиперемированы. Въ лѣвой нижней долѣ по заднему краю красная гепатизація, въ плеврѣ ея свѣжіе экстравазаты. Въ нижней правой долѣ нѣсколько узловъ красной гепатизаціи въ лѣсной орѣхъ. Сердце увеличено, по бороздамъ покрыто жиромъ, стѣнки желудочковъ немного истончены, блѣдны и мягки. Печень слегка увеличена, дрябла, сѣроватаго цвѣта, на капсулѣ свѣжія помутнѣнія. Почки гиперемированы, дряблы, изъ сосочковъ выжимается порядочное количество эмульсивной жидкости. Слизистая оболочка желудка бородавчата, рыхла, покрыта слизью. Въ ileum Пейеровы железы окрашены въ сѣро-аспидный цвѣтъ. Въ нижней ея половинѣ многочисленныя язвы на Пейеровыхъ бляшкахъ, отъ нѣсколькихъ миллиметровъ до 2 ctm. въ діаметрѣ, края ихъ тонки, частію подрыты, пигментированы; нѣкоторыя язвы съ краевъ покрыты рубцовою тканью. Въ толстыхъ кишкахъ подобныя же язвы и рубцы до 1/2 ctm. въ діаметрѣ. Брыжжеечныя железы увеличены до грецкаго орѣха, нѣкоторыя гиперемированы и представляютъ желтоватыя гнѣзда. Diagnosis. Ileo-typhus, Pneumonia hypostat. sin et acuta catarrhalis dextra lobi inferioris. Perisplenitis acuta.

46. Иванъ С. 22 л. 1886 15/VIII. Pia значительно гиперемирована, ткань мозга дрябла, богата кровью, сѣрое вещество окрашено въ розовый цвѣтъ. Легкія свободны, проходимы, гиперемированы, въ нижней правой долѣ известковый узелъ въ кедровый орѣхъ. Сердце немного увеличено въ поперечникѣ, мускулатура мягка, мѣстами блѣдна. Печень увеличена, дрябла, глинистаго цвѣта, дольки мѣстами сглажены. Селезенка также увеличена, разрыхлена, гиперемирована. Почки дряблы, съ умѣреннымъ содержаніемъ крови, капсула напряжена, снимается легко, изъ сосочковъ выжимается много бѣловатой жидкости. Слизистая оболочка желудка бородавчата, рыхла. На слизистой оболочкѣ ilei по всему ея протяженію выдаются увеличенныя въ объемѣ, солитарныя и Пейеровы железы, мозговидныя, сѣроватаго цвѣта, на нѣкоторыхъ Пейеровыхъ бляшкахъ поверхностныя мелкія изъязвленія. Въ толстыхъ кишкахъ многія солитарныя железы увеличены до просяного зерна. Брыжжеечныя железы увеличены до сливы, мозговидны, сѣро-краснаго цвѣта. Diagnosis. Ileo-typhus.

47. Карпъ Р. 60 л. № 296. Трупъ крѣпкаго сложенія. На кожѣ туловища и особенно нижнихъ конечностяхъ многочисленныя кровоизліянія въ видѣ красныхъ пятенъ въ чечевичное зерно и такой же величины рубцы. На нѣкоторыхъ пятнахъ серозные пузыри съ сѣроватыми струпьями. Кожа лѣвой голени кромѣ того пигментирована, буровато-краснаго цвѣта. На лѣвой подошвѣ около большаго пальца пузырь до 4 ctm. въ діаметрѣ, содержащій красноватую сывороточную жидкость. На правой голени и бедрѣ буроватые рубцы въ 20-ти-копѣечную серебряную монету. На верхней части лба около волосъ посрединѣ въ толщѣ кожи и подкожной ткани свѣжее кровоизліяніе въ 10-ти-копѣечную серебряную монету. Никакихъ знаковъ насилія на поверхности тѣла не замѣчается. Кости черепа утолщены, склерозированы, плотно сращены съ твердою мозговою оболочкою. Pia немного отечна, снимается легко. Ткань мозга также отечна, малокровна, мѣстами утончена, особенно въ лѣвомъ полушаріи; боковые же оболочки растянуты и наполнены прозрачною серозною жидкостью, ependyma ихъ утолщена и зерниста. Артеріи на основаніи мозга мѣстами склерозированы. Въ полости pericardii довольно много мутной, серозной жидкости съ хлопьями фибрина. Сердце значительно увеличено; pericardium его гиперемировано, покрыто фибринознымъ налетомъ; подъ pericardium на передней поверхности сердца около верхушки желтоватыя гнѣзда отъ конопляного зерна до бобоваго, въ разрѣзѣ представляющія желтоватую прозрачную жидкость, инфильтрирующую подлежащую мышечную ткань. Стѣнки желудочковъ утолщены, блѣдны и плотны. Въ нѣкоторыхъ папиллярныхъ мышцахъ и трабекулахъ праваго желудочка миліарные желтые узелки. Передній двухстворчатый клапанъ утолщенъ, бугристъ, по свободному краю представляетъ рыхлые, красноватые тромбы, легко отскабливаемые, клапаны аорты не измѣнены, на intima склеротическія бляшки Въ правой плеврѣ серозный, мутный эксудатъ, плевра немного покрыта фибринознымъ налетомъ, также богата кровью, отечна, въ верхней долѣ на границѣ съ нижней, клиновидный, плотный, красноватый инфарктъ въ грецкій орѣхъ. Лѣвое легкое сращено, проходимо, отечно и богато кровью. Печень плотна, приращена къ діафрагмѣ старыми перепонками, немного увеличена, плотна, хруститъ подъ ножемъ. Въ желчномъ пузырѣ 2 желчныхъ угловатыхъ камня, желтаго цвѣта, въ лѣсной орѣхъ. Селезенка плотно приращена также къ діафрагмѣ, покрыта втянутыми рубцами, pulpa выскабливается съ трудомъ Почки незначительно увеличены, плотны, усѣяны въ корковомъ слоѣ и отчасти въ мозговомъ желтыми гноевидными фокусами въ конопляное зерно съ гиперемiею окружающей ткани. Въ корковомъ слоѣ лѣвой почки желтаго цвѣта мягкая опухоль въ лѣсной орѣхъ, рѣзко ограниченная, около нижняго конца въ томъ же слоѣ клиновидный, желтый инфарктъ въ кедровый орѣхъ. Такой же инфарктъ въ лѣсной орѣхъ въ правой почкѣ въ толщѣ корковаго слоя. Мочевой пузырь безъ измѣненій. Слизистая оболочка желудка бородавчата, плотна и блѣдна. Кишки блѣдны, въ ileum въ толщѣ mucosae гноевидный фокусъ съ кедровый орѣхъ, проникающій до submucosae. ткань кругомъ его гиперемирована. Яички плотны, сѣмянные канальцы не изолируются при вытягиваніи пинцетомъ. Diagnosis. Endocarditis valv. bicuspidalis maligna Pericarditis serosa, myocarditis interstitialis supp. Infarctus pulmonis dextri renum et intestini ilei. Pleuritis dextra serosa, nephritis interstitialis suppurativa

48. Михаилъ А. 43 л. № 373. Трупъ исхудалый. Pia тонка, снимается съ трудомъ, ткань мозга плотна, наружная половина лѣваго полосатаго тѣла съ nucleus lenticularis представляется размягченной. Размягченіе это распространяется книзу на Рейліевъ островокъ и заднюю часть третьей лобной извилины и отчасти на височную долю. На правомъ полосатомъ тѣлѣ въ наружной его части подъ ependyma гнѣздо желтаго размягченія съ миндалину. Сосуды на основаніи мозга не измѣнены. Спинной мозгъ блѣденъ. Легкія свободны, эмфизематозны, усѣяны, преимущественно въ нижнихъ доляхъ, узлами красной гепатизаціи не болѣе лѣснаго орѣха, съ небольшимъ расширеніемъ бронхъ; послѣднія наполнены гнойною слизью. Сердце немного увеличено въ поперечникѣ, стѣнка праваго желудочка утолщена, лѣваго нормальна, лѣвое венозное отверстіе съужено, съ трудомъ пропускаетъ указательный палецъ вслѣдствіе утолщенія и сращенія между собою клапановъ. Печень немного плотна. Селезенка увеличена, плотна, съ небольшими рубцами на капсулѣ. Почки сращены плотно съ капсулой, на поверхности ихъ небольшіе рубцы. Слизистая оболочка желудка и кишекъ блѣдна. Сѣдалищные нервы видимыхъ измѣнененій не представляютъ. Diagnosis. Endocarditis valv. bicuspidalis et stenosis ostii venosi sin. Hypertrophia cordis dextri. Ramollitio cerebri. corporis striati utriusque. Cicatrices lienis et renum. Pneumonia cat. acuta duplex. Bronchitis purulenta.

Изъ патолого-анатомическаго института Академіи.

49. Францъ С. 24 лѣтъ. № 63. 1886 24/III. Pia содержитъ умѣренное количество крови, немного отечна, желудочки содержатъ небольшое количество серозной жидкости, ткань мозга малокровна, немного отечна; четвертый желудочекъ немного растянутъ, ткань мозжечка мягка. Сердце увеличено въ поперечникѣ, pericardium мутно, съ бѣловатыми пятнами, полость праваго желудочка растянута, стѣнка истончена, въ лѣвомъ желудочкѣ тоже, мускулатура дрябла и блѣдна, клапаны безъ измѣненій. Лѣвое легкое сращено по всей поверхности старыми ложными перепонками, объемисто, ткань его въ разрѣзѣ усѣяна множествомъ гнѣздъ сѣраго и желтаго цвѣта, а также язвенныхъ и бронхіэктазическихъ полостей; въ задней части верхней доли обширная полость, доходящая до плевры. Правое легкое по мѣстамъ сращено ложными перепонками, плевра его мутна, съ капиллярными экстравазатами; въ верхней и средней долѣ такія же измѣненія какъ и въ лѣвомъ легкомъ; только съ меньшимъ образованіемъ полостей; нижняя доля проходима для воздуха и отечна. Печень немного увеличена въ объемѣ, ткань блѣдно-желтаго цвѣта, дольки выражены ясно. Почки увеличены въ объемѣ; корковый слой утолщенъ, пирамидки гиперемированы, ткань мягка. Селезенка увеличена въ объемѣ, дольчата, ткань ея малокровна и рыхла. Слизистая оболочка желудка блѣдна, утолщена, съ капиллярными экстравазатами. Брыжжеечныя железы увеличены въ объемѣ, сѣрокрасноватаго цвѣта. Слизистая оболочка тонкихъ кишекъ блѣдна на ней встрѣчаются разсѣянные сѣрые и желтые узелки. Слизистая оболочка толстыхъ кишекъ мѣстами гиперемирована. Въ восходящей части замѣчаются неправильной формы язвы съ желто-сѣрыми узелками.

50. Антонъ Р. 21 г. № 85. 1886 21/IV. Сердце расширено въ поперечникѣ, у верхушки сращено съ pericardium pariеtale старыми перемычками. Полость праваго желудочка растянута, мускулатура блѣдна, съ желтыми полосками, клапаны не измѣнены; въ полости лѣваго желудочка фибр. свертки, biscupidalis по свободному краю утолщена, на intima аорты желтоватыя бляшки. Лѣвое легкое сращено по всей поверхности, верхушка занята каверной съ неровными стѣнками величиной въ яйцо; остальная ткань мало содержитъ воздуха и усѣяна конгломератами сѣрыхъ и желтыхъ узелковъ и нѣсколькими мелкими кавернами. Въ правомъ легкомъ тѣ же измѣненія за исключеніемъ нижней части нижней доли, которая проходима. Печень; на капсулѣ ложныя перепонки, мѣстами сквозь нее просвѣчиваютъ сѣрые узелки. ткань плотна, блѣдно-желтаго цвѣта, дольки не вездѣ ясны. Селезенка увеличена, склеена съ діафрагмой и усѣяна на поверхности сѣрыми узелками. ткань плотна, мѣстами содержитъ сѣрые узелки, пульпа трудно выскабли-

вается. Почки нормальной величины, ткань довольно полнокровна, плотна, граница между пирамидками и корковымъ слоемъ мѣстами неясна, изъ сосочковъ выдавливается эмульсивная жидкость, лоханки растянуты. Слизистая оболочка желудка утолщена, мѣстами пигментирована, покрыта слизью. Слизистая оболочка толстыхъ и тонкихъ кишекъ блѣдна, на ней разсѣяны особенно вокругъ val. Bauhini язвы съ подрытыми краями и сѣрыми узелками на днѣ и по краямъ. Нѣкоторыя солитарныя железы увеличены.

51. Степанъ А. 21 г. № 97. 1886 16/v. Сердце расширено, жиръ атрофированъ, полость праваго желудочка растянута, стѣнки истончены, клапаны безъ измѣненій, въ лѣвомъ желудочкѣ тоже. На intima аорты небольшія склеротическія бляшки. Правое легкое сращено съ грудной стѣнкой старыми и свѣжими перепонками, верхняя доля сплошь непроходима для воздуха. Подъ плеврой просвѣчиваютъ мелкіе сѣрые бугорки и мѣстами творожистыя гнѣзда до орѣха величиной. Средняя и нижняя доли большею частью проходимы, мѣстами въ нихъ разсѣяны группы сѣрыхъ и желтыхъ узелковъ. Лѣвое легкое мѣстами сращено старыми перепонками, проходимо для воздуха, отечно. Мѣстами встрѣчаются плотныя гнѣзда величиной съ горошину и казеозные узелки. На капсулѣ селезенки свѣжія перепонки, пульпа дрябла, выскабливается легко. Ткань печени дрябла, глинистаго цвѣта. На капсулѣ фибринозный налетъ, подъ которымъ просвѣчиваютъ группы сѣрыхъ узелковъ. Почки немного увеличены, ткань блѣдна, дрябла, корковый слой утолщенъ, капсула снимается не вездѣ легко. Слизистая оболочка тонкихъ кишекъ блѣдна, толстыхъ пигментирована, нѣкоторыя солитарныя железы увеличены. Брыжеечныя железы увеличены.

52. П. № 103. 1886 18/vi. Правое легкое сращено старыми ложными перепонками у верхушки. Лѣвое легкое спереди сращено свѣжими перепонками, сзади старыми. Оба легкія сплошь инфильтрованы бугорками величиной въ просяное зерно; мѣстами инфильтрація плотная, причемъ фокусы творожисто перерождены. Нижняя доля праваго легкаго свободна. Въ полости pericardii значительное скопленіе жидкости. Сердце увеличено въ объемѣ, мускулатура блѣдна дрябла. Клапаны и endocardium нормальны. Печень слегка увеличена въ объемѣ, ткань ея дрябла, мускатна въ разрѣзѣ. Селезенка нѣсколько увеличена, капсула ея напряжена, пульпа соскабливается съ трудомъ. Трабекулы утолщены. Почки не увеличены въ объемѣ, капсула легко снимается. Ткань нормальна. Слизистая желудка гиперемирована. Слизистая оболочка кишекъ также. Въ толстыхъ кишкахъ одна язва. Въ тонкихъ ихъ нѣсколько. На мѣстѣ перехода тонкихъ кишекъ въ толстыя замѣчается свѣжее высыпаніе бугорковъ, мѣстами распавшихся въ туберкулезныя язвы.

53. Фаддей А. 58 л., № 105. 1886 18/vii. Легкія проходимы для воздуха, только въ нижнихъ доляхъ небольшой отекъ. Сердце представляется значительно увеличенымъ какъ въ продольномъ, такъ и въ поперечномъ діаметрахъ. Стѣнки лѣваго желудочка утолщены до 2-хъ сант. Стѣнка праваго желудочка также утолщена, клапаны нормальны. На intima аорты и легочной артеріи имѣются склеротическія бляшки. Печень плотна, хруститъ при разрѣзѣ, крови содержитъ мало. Въ брюшной полости большое количество водяночной жидкости. Слизистая оболочка кишекъ и желудка гиперемирована. Почки больше нормальныхъ, граница между корковымъ и мозговымъ слоемъ неясна. Хрящи гортани мѣстами окостенѣли.

54. Андрей С. 51 л., № 112. 1888 27/viii. Сердце увеличено: ширина 16 сант., длина 14. На поверхности pericardii разсѣяны бѣлыя бляшки. Мускулатура лѣваго желудочка дрябла желтоватокраснаго цвѣта, толщина ея у основанія $2^1/_2$ сант., у верхушки $1^1/_2$ сант. Двустворчатые клапаны нормальны. Mm. papillares утолщены. Полулунные клапаны аорты сморщены, на нихъ имѣются желтоватыя бугристыя возвышенія. Аорта склерозирована вплоть до foramen aorticum діафрагмы, ниже совершенно нормальна. Въ обоихъ плевральныхъ мѣшкахъ большое количество серозной жидкости. Ткань легкихъ проходима для воздуха, мало отечна. Печень въ длину 28, въ ширину 18, хруститъ на разрѣзѣ, мускатна, малокровна. Селезенка уменьшена, ткань ея очень плотна, малокровна, трабекулы ясно выражены, пульпа не выскабливается. Почки нормальной величины, капсула снимается легко, на разрѣзѣ ткань малокровна, съ ясно выраженными кортикальнымъ и цен-

тральнымъ слоями. Слизистая оболочка желудка аспиднаго цвѣта, покрыта сосочками (etat mamelonné). Въ кишкахъ ничего особеннаго.

55. Борисъ Я. 15 л., № 113. 1886 3/VIII. Кожа слегка окрашена въ желтый цвѣтъ, нижнія конечности въ значительной степени отечны. Сердце 10 с. длины и ширины, стѣнка лѣваго желудочка нормальной толщины, мускулатура блѣдна; двустворчатые клапаны сморщены и значительно утолщены, мозолисты, окружность ostii ven. sin. 5½ сант., папиллярныя мышцы сухожильно измѣнены, эндокардій предсердій бѣловатаго цвѣта съ желтоватыми бляшками, intima аорты безъ измѣненій. Полость праваго желудочка увеличена, стѣнка праваго желудочка около 1 с. толщины, папиллярныя мышцы въ верхушкѣ сухожильно утолщены. Окружность аорты надъ клапанами 5 сант. Въ полости обѣихъ плевръ желтоватая серозная жидкость. Легкія объемисты; въ верхей долѣ праваго легкаго на передней поверхности подъ плеврой клиновидное гнѣздо, величиной съ волошскій орѣхъ, темнокраснаго цвѣта. Верхняя и средняя доля проходимы для воздуха, нижняя доля плотна, мало проходима, отечна, краснобураго цвѣта (карнифицирована). Плевра лѣваго легкаго помутнѣла, ткань проходима для воздуха, нижняя доля отечна. Печень въ длину 24, въ ширину 18 сант., ткань довольно плотна, мускатна, желтаго цвѣта, желчный пузырь содержитъ небольшое количество желчи Почки немного увеличены, ткань плотна, содержитъ порядочное количество крови. Селезенка увеличена, ткань довольно плотна, мѣстами въ ней разсѣяны темнаго цвѣта клиновидныя гнѣзда до лѣснаго орѣха величиной

56. С. 25 л., № 116. 1886 4/VIII. Сердце слегка увеличено, правый желудокъ растянутъ, стѣнки его истончены, клапаны безъ измѣненій, аорта также. Легкія: правое сплошь сращено, верхняя доля совершенно непроходима для воздуха, пронизана маленькими полостями съ гладкими стѣнками и гнилостно-гнойнымъ содержимымъ и сверхъ того содержитъ большую каверну съ неровными стѣнками. Паренхима легкаго выполнена казеозными массами, количество соединительной ткани въ ней увеличено. Нижняя доля болѣе проходима для воздуха, но также плотна и пронизана группами казеозныхъ узелковъ. Лѣвое сращено въ верхней долѣ, проходимо для воздуха, отечно, ближе къ переднему краю содержитъ казеозные узлы. На нижней долѣ pleura visceralis, покрыта экхимозами. Гортань нормальна, блѣдна. Печень слегка увеличена, блѣдно-бураго цвѣта, мускатна. Почки блѣдны, капсула снимается легко, границы между корковымъ и мозговымъ слоемъ рѣзко выражена, изъ сосочковъ выдавливается небольшое количество эмульсивной жидкости. Желудокъ: слизистая оболочка блѣдна, безъ особыхъ измѣненій. Colon: слизистая оболочка гиперемирована, на ней имѣется 15—20 язвъ туберкулезнаго характера, расположенныхъ тѣмъ чаще, чѣмъ ближе къ valv. Bauhini. Въ ileum нѣсколько такихъ же язвъ близь заслонки. Выше слизистая оболочка безъ измѣненій. Epicrisis. Pneumonia chronica tuberculosa duplex. Ulcera tuberculosa coli et ilei.

57. Андрей К. 18 л. № 118, 1886. 14/VIII. Въ полости лѣвой плевры серозная жидкость. Въ полости pericardii около 2 унцій такой же жидкости. Сердце въ длину 14½, въ ширину 13. На pericardium праваго предсердія сухожильныя бляшки. Полость праваго желудочка увеличена, стѣнка 0,5 ct. толщины. Клапаны безъ измѣненій. Полость лѣваго желудочка увеличена, стѣнка 1,2 ct. толщины, мускулатура дрябла, блѣдна, эндокардій предсердія и клапановъ помутненъ, на одной изъ створокъ bicupidalis фибринозныя отложенія. Начиная отъ задней поверхности bicupidalis на всемъ протяженіи до клапановъ аорты и на нихъ, эндокардій изъязвленъ, шероховатъ, съ обширными свѣжими вегетаціями, на intima аорты у входа въ заднюю ar. coronaria замѣчается шероховатость и изъязвленіе. Легкія свободны, ткань вездѣ проходима для воздуха, нижнія доли отечны. Печень увеличена, ткань мускатна. Селезенка 22 ctm. длины и 13 ctm. ширины, ткань довольно плотна, въ ней, преимущественно подъ капсулой нѣсколько клиновидныхъ гнѣздъ, темнокраснаго цвѣта съ размягченіемъ въ центрѣ. Почки увеличены, капсула снимается неравномѣрно. Въ корковомъ слоѣ подъ капсулой нѣсколько красноватыхъ и желтыхъ инфарктовъ. Гортань и желудочнокишечный каналъ измѣненій не представляютъ.

58. Н. 23 л. № 124, 1886. 2/IX. Трупъ сильно исхудалый, на кожѣ замѣтны пигментированные рубцы до 2 сант. въ діаметрѣ. На уровнѣ 2-го ребра справа

язва, покрытая струпомъ. Оба легкія срощены старыми ложными перепонками по преимуществу въ верхнихъ доляхъ. Верхнія доли обоихъ легкихъ инфильтрированы узлами величиной отъ просяного зерна до горошины. Въ нижнихъ доляхъ прощупываются разсѣянные узелки; ткань ихъ отечна передніе края эмфизематозны. Въ верхней долѣ лѣваго легкаго имѣется нѣсколько кавернъ до куринаго яйца величиной. Сердце нѣсколько увеличено въ объемѣ, на pericardium viscerale имѣются бѣлыя бляшки. Мускулатура дрябла. Полость праваго желудочка нѣсколько растянута. Endocardium и клапаны вездѣ нормальны. Печень: размѣры нормальны, ткань дрябла, мускатна. Селезенка нѣсколько увеличена въ размѣрѣ. Въ верхней части ея имѣются старый инфарктъ и скопленія свѣжихъ бугорковъ. Пульпа выскабливается легко. Почки блѣдны, капсула снимается легко. Въ нижней части ilei и въ colon масса язвъ туберкулезнаго характера. Epicrisis. Pneumonia chronica.

59. Иванъ Д. 28 л. № 140, 1886. 4/x. Pericardium viscerale мутно, клапаны безъ измѣненій, мускулатура дряблая. Лѣвое легкое срощено при верхушкѣ старыми ложными перепонками, въ полости плевры мутная, клочковатая жидкость, верхняя доля пронизана мелкими кавернами и просоводными узелками, творожистыми и сѣрыми, промежуточная ткань малокровна. Правое легкое сильно срощено съ грудной клѣткой и діафрагмой, объемисто, верхняя доля его занята каверной величиной съ куриное яйцо; кромѣ того повсюду разсѣяны отдѣльныя каверны отъ горошины до грецкаго орѣха, содержащія сѣраго цвѣта гноевидную жидкость. Въ промежуткахъ между кавернами разрощеніе соединительной ткани и мелкія творожистыя гнѣзда. Печень плоска, ткань въ разрѣзѣ коричневаго цвѣта, въ паренхимѣ замѣчаются изрѣдка сѣроватыя зерна съ маковое зерно. Желчный пузырь содержитъ тягучую желтоватую жидкость. Селезенка увеличена, pulpa выскабливается легко, въ ней разсѣяны просовидные узелки. Капсула почекъ отдѣляется довольно легко, ткань малокровна. Брыжжеечныя железы увеличены до лѣснаго орѣха, ткань ихъ въ разрѣзѣ блѣдна. По направленію продольной мозговой борозды развитіе пахіоновыхъ грануляцій. Pia отдѣляется легко, малокровна. Въ боковыхъ желудочкахъ увеличенное количество серозной жидкости. Вещество мозга дрябло, сосуды основанія безъ измѣненій. Въ тонкихъ кишкахъ повсюду разсѣяны язвы величиною до двугривеннаго, края многихъ язвъ окружены узлами, нѣкоторыя язвы расположены по пейеровымъ бляшкамъ, другія занимаютъ фолликулы. Слизистая оболочка толстыхъ кишекъ блѣдна, слизистая оболочка желудка морщиниста и малокровна.

60. Иванъ М. 23 л. № 182. 1886 16/xii. Въ полости pericardii небольшое количество серозной жидкости. Сердце расширено въ поперечникѣ, по бороздамъ его обильное отложеніе жира, полость праваго желудочка растянута, стѣнка истончена, мускулатура дрябла. Трехстворчатые клапаны по краямъ слегка утолщены, intima аорты и клапаны безъ измѣненій. Pia отечна, венозные сосуды налиты кровью; по продольной бороздѣ разращеніе пахіоновыхъ грануляцій, ткань мозга и мозжечка отечна. Лѣвое легкое въ нижней долѣ сращено старыми перепонками, правое свободно, ткань обоихъ проходима для воздуха, въ нижнихъ доляхъ гиперемирована и отечна, въ верхней долѣ праваго легкаго замѣчаются гепатизированные участки, величиной отъ 1 до 1½ ctm. въ поперечникѣ. Селезенка 20 ctm. длины и 13 ширины, ткань дрябла, гиперемирована, пульпа выскабливается въ небольшомъ количествѣ. Ткань печени дрябла, малокровна, сѣроглинистаго цвѣта, дольки неясно видны. Почки увеличены, корковый слой утолщенъ, блѣденъ, капсула снимается легко. Слизистая оболочка желудка мѣстами содержитъ экстравазаты, въ кардіальной части гиперемирована, покрыта слизью, въ выходной части блѣдна, сѣроаспиднаго цвѣта. Въ ileum пейеровы бляшки значительно увеличены, нѣкоторыя изъ нихъ на поверхности изъязвлены, солитарныя железы увеличены, рѣзко выдаются на поверхности. Въ остальныхъ мѣстахъ слизистая оболочка блѣдна, утолщена, покрыта слизью. Слизистая оболочка толстыхъ кишекъ покрыта слизью, сѣро-аспиднаго цвѣта. Брыжжеечныя железы значительно увеличены, гиперемированы.

61. Густавъ К. 23 л., № 183, 1886. 17/xii. Въ полости pericardii небольшое количество серозной жидкости. Сердце 10 сант. длины и 13 ширины. Pericard. viscer. мутно; стѣнка праваго желудочка истончена, полость расширена, мускулатура дрябла, v. tricuspidalis безъ измѣненій. Толщина стѣнки

лѣваго желудочка 2 сант., мускулатура его блѣдна, v. bicuspidalis по краямъ утолщена, intima аорты безъ измѣненій. Селезенка 19 сант. длины и 11½ ширины, пульпа темно-краснаго цвѣта, легко выскабливается. Обѣ легкія свободны. Правое легкое проходимо, незначительно гиперемировано, отечно. Въ лѣвомъ легкомъ подъ плеврой находится темно-краснаго цвѣта гнѣздо непроходимое для воздуха. Остальная ткань проходима, гиперемирована и отечна, въ верхней долѣ разсѣяны участки темно-краснаго цвѣта, непроходимыя для воздуха. Почки малокровны, дряблы, корковый слой утолщенъ, капсула снимается легко. Печень увеличена, ткань довольно плотна, малокровна, сѣровато-глинистаго цвѣта. Слизистая оболочка желудка мѣстами гиперемирована, особенно въ cardia, гдѣ содержитъ маленькіе экстравазаты: въ остальныхъ мѣстахъ слизистая оболочка блѣдна, разрыхлена. Слизистая оболочка тонкихъ и толстыхъ кишекъ малокровна, покрыта слизью; Пейеровы бляшки значительно увеличены, съ приподнятыми краями, нѣкоторыя изъ нихъ мѣстами изъязвлены; солитарныя железы увеличены.

62. Степанъ З. 50 л. № 54. 1887. 31/III. Въ полости pericardii обильное накопленіе сывороточной жидкости. Сердце увеличено въ объемѣ, длина и ширина 16 ctm. Полости желудочковъ увеличены, стѣнки утолщены. Толщина стѣнокъ лѣваго желудочка 1,7 ctm., праваго 0,7 ctm. Mitralis представляетъ укороченіе лѣвой створки, которая отчасти приращена къ трабекуламъ. Начало аорты представляетъ аневризматическое расширеніе, величиною до куринаго яйца, начинающееся тотчасъ послѣ клапановъ. Intima аорты покрыта атероматозными, отчасти омѣлѣвшими бляшками. Noduli Arantii утолщены. Tricuspidalis и art. pulm. безъ измѣненій. Обѣ плевры покрыты старыми ложными перепонками. Ткань праваго легкаго въ высокой степени отечна. Печень 29, 18, 7½, въ разрѣзѣ мускатна. Желчный пузырь содержитъ небольшое количество тягучей темновато-бурой жидкости. Селезенка трехгранной формы, 12, 8, 4½; пульпа плотна, темно-вишневаго цвѣта. Почки со слѣдами эмбріональной дольчатости. Ткань въ разрѣзѣ въ состояніи венознаго застоя. Слизистая оболочка кишечника рыхла и блѣдна.

Изъ Петропавловской больницы *).

№ 63. Афанасій Б. 44 л. № 423—3459. 1886. Kräftig gebauter, gutgenährter Mann mit Todtenstarre und Todtenflecken am Rücken. Körperhöhlen leer. Lungen beederseits verwachsen, Herz normaler Grösse, der rechte Ventr. etwas ausgedehnt, der linke normal; Epicardium fettreich, zeigt einige Maculae albae. Klappen der Aorta und Art. pulmonalis sowie die Ostien normal. Mitralis und Tricuspidalis ebenso. Linke Lunge: Oberfläche mit alten bindegewebigen Adhärenzen bedeckt, oberer Lappen resistent, in der Nähe der Spitze sehr derb, für die Luft undurchgängig, enthält eine hühnereigrosse Caverne und viele kleine mit glatten Wänden. Unterer Lappen ödematös, durchgängig für die Luft, enthält sehr viele Knötchen verschiedener Grösse von grauer und gelblicher Farbe und caseösem Inhalt. (Rechts), Pleura zumal im oberen Lappen stark verdickt. Oberlappen enthält eine faustgrosse Caverne mit ausgebuchteten, glatten Wänden; Parenchym ist wenig durchgängig für die Luft und enthält unzählige Knötchen derselben Beschaffenheit wie in der linken (Lunge). Unterlappen durchgängig für die Luft, oedematös, enthält auch Knötchen aber in geringerer Zahl. Kehlkopf normal. Leber von normaler Grösse, Durchschnitt zeigt Muskatnusszeichnung. Galle dunkel braun, fadenziehend. Linke Niere vergrössert, Kapsel schwer abziehbar, stark verdünnt, Oberfläche glatt, Parenchym blutreich. Corticalsubstanz etwas verengert. Rechte Niere enthält eine Cyste von der Grösse einer Haselnuss; das Uebrige wie bei der linken. Milz etwas vergrössert, in der oberen Partie fest mit dem Diaphragma verwachsen, Kapsel zeigt am unteren Ende viele weissliche Flecke. Pulpa leicht abstreifbar, Trabeculae sichtbar, Parenchym dunkelbraun-roth. Magen und Darm normal.

*) За отсутствіемъ г. прозектора, находившагося въ отпуску, вскрытія производились д-ромъ Лауренцъ.

№ 64. Родіонъ И. 56 л. № 425—3416. Leiche eines wenig abgemagerten Mannes. Todtenstarre. Todtenflecke am Rücken. Körperhöhlen leer. Linke Lunge frei, Pleura normal. Spitze für die Luft undurchgängig. Parenchym mit weisslich gelblichen Knötchen übersäet. Unterlappen für die Luft durchgängig, oedematös, enthält ebensolche Knötchen verschiedener Grösse. Rechte Pleura stark verdickt. Spitze enthält eine faustgrosse Caverne, das übrige Parenchym von käsigen Knötchen und kleinen Cavernen verschiedener Grösse (von erbsen—bis haselnussgross) mit eitrigem Inhalt übersäet Unterer Lappen ist wenig für die Luft durchgängig und enthält ebensolche Cavernen und Knötchen wie der vorige. Leber vergrössert, Rippenfurchen, an der Capsula Glissonii kleine strahlenförmige Narben, besonders am rechten Lappen, links weniger. Galle dunkelbraun. Milz stark vergrössert, Capsel milchig getrübt, Pulpa leicht abstreifbar, Trabeculae gut sichtbar. Farbe des Parenchyms dunkelbraun-roth. Nieren nicht vergrössert, Capsel leicht abziehbar, Oberfläche glatt, Zeichnung der Pyramiden und Substantia corticalis deutlich, aus den Papillen scheidet sich emulsive Flüssigkeit reichlich aus. Herz gross, der rechte Ventrikel ausgedehnt, Wand verdünnt: der Linke ausgedehnt, nicht hypertrophisch. Klappen der Pulmonalis normal, der Aorta ebenso. In den Wänden des Bulbus Aortae finden sich einige Kalkablagerungen. Mitralis und Tricuspidalis normal. Magen und Darmcanal normal. Im Kehlkopf tuberculöse Infiltrationen und Geschwüre an beiden falschen Stimmbändern.

ЛИТЕРАТУРА.

1) Sappey. Anatomie descriptive.
2) Henle. Handbuch der Nervenlehre des Menschen. 1871, p. 428.
3) Longet. Anatomie und Physiologie des Nervensystems. Aus d. Franz. übers. von Hein. 1849. II, p. 215.
4) Hirschfeld. Iconographie du systême nerveux.
5) Rüdinger. Anatomie der Gehirnnerven, p. 53.
6) Bang-Bendz. Tractatus de connexu inter nervum vagum et accessorium. 1836.
7) Solinville. Anatomica disquisitio et descriptio nervi pneumogastrici. Turici. 1838.
8) Hirzel. Nexus nervi sympatetici cum cerebralibus. Diss. Heidelbergae, 1824, p. 34.
9) Scarpa. Abhandlungen der K. K. Josephinischen Medicinisch - Chirurgischen Academie. Wien. 1787. Bd. I, p. 401.
10) Лангенбахеръ. Матеріалы для сравнительной анатоміи блуждающаго нерва у домашнихъ животныхъ. Дисс. 1877.
11) Viti. Il nervo depressore nel uomo e negli altri mammiferi. Цит. по реф. въ Lombroso. Archivio di psichiatria. VI. 1885, p. 185.
12) Axel Key и Retzius. Nordiskt medicinsk Arkiv. 1874, II, № 7.
13) Heller. Zeitschrift für wissenschaftliche Microscopie. 1885, p. 47.
14) Bolles Lee et Henneguy. Traité des méthodes techniques de l'anatomie microscopique. 1887.
15) Frey. Das Microscop und die microscopische Technik. 8-te Auf. 1885, p. 120.
16) Ziegler. Ibidem.
17) Вяжлинскій. Къ вопросу о всасываніи жира при остромъ катаррѣ тонкихъ кишекъ. Дисс. 1886.
18) Любимовъ. Virchow's Arch. Bd. 61.
19) Pio Foà. Rivista clinica di Bologna. 1874.
20) Лавдовскій. Основанія къ изученію микроскопической анатоміи человѣка и животныхъ. I, стр. 359.
21) Griesinger. Infectionskrankheiten.
22) Trousseau. Клиническія лекціи, русс. пер., I, стр. 332.
23) Löri. Die durch anderweitige Erkrankungen bedingten Veränderungen des Rachens, des Kehlkopfes und der Luftröhre. 1885, p. 149.

24) Dittrich. Die Perichondritis laryngea und ihr Verhältniss zu anderen Krankheitsprocessen Prager Vierteljahresschrift. Bd. 27. 1850. p. 142.
25) Ziemssen. Болѣзни гортани, рус. пер, стр. 272.
26) Murchison. La fièvre typhoide, trad. de l'ang. par Lutaud, 1878. p. 256.
27) Chomel. Clinique médicale. 1834, vol. I, p. 288.
28) Wissemans. Contribution à l'étude de la laryngite ulceronecrosante dothienenterique. Thèse de Paris. 1879.
29) Hoffmann. Untersuchungen über die pathologischanatomischen Veränderungen der Organe beim Abdominaltyphus. 1869, p. 394.
30) Liebermeister. Ziemssen'a Част. пат. и тер. Острыя заразныя болѣзни, 2 изд., 1879, ст. 145.
31) Gueneau de Mussy. Clinique médicale. III. Traité théorique et pratique de la fièvre typhoide. 1884. p. 507.
32) Stoerk. Pitha u. Billroth. Хирургія. Болѣзни гортани. Русс. пер., стр. 361.
33) Klebs. Handbuch der pathologischen Anatomie. 7-te Lieferung Larynx Trachea, bearbeitet von Prof. Eppinger. 1880, p. 71.
34) E. Fränkel und M. Simmonds. Die ätiologische Bedeutung des Typhusbacillus, 1886, p. 21—25.
35) E. Senger. Deutsche medic. Wochensch. 1886, p. 56.
36) Дунинъ. Deutsches Archiv. für klin. Medicin. 1886. Bd. 39. Heft 3.
37) C. Seitz. Bacteriologische Studien zur Typhus-Aetiologie. 1886.
38) Türck. Klinik der Krankheiten des Kehlkopfes.
39) Traube. Gesammelte Abhandlungen. II, p. 674.
40) Nothnagel. Die nervösen Nachkrankheiten des Abdominaltyphus. Ziemssen's Archiv, 1872, Bd. IX, p. 482.
41) Rehn. Ein Fall von Lähmung der Glottiserweiterer nach Typhus abdominalis. Ziemssen's Arch. 1876. Bd. XVIII, p. 136.
42) Zurhelle. Ein Fall von Secundärerkrankung beider nervi vagi im Verlaufe eines Typhoids. Berl. Klin. Wochensch. 1873.
43) Pel. Laryngologische Warnemingen. Weekblad van het nederlandsch Tijdschrift etc. Цит. по реф. Virchow's Jahresb. 1876, II, p. 124.
44) Libermann. Въ диссертаціи Chaumel's Contribution à l'étude des complications laryngées de la fièvre typhoïde. Thèse de Paris. 1877. p. . 2.
45) Villemin. Въ Thèse d'aggrégation Landouzy. Des paralysies dans les maladies aigues. 1880, p. 130.
46) Hayem. Leçons cliniques sur les manifestations cardiaques de la fièvre typhoïde. 1875.
47) Stokes. Die Krankheiten des Herzens und der Aorta. Aus d. Engl. übers. von Lindwurm. 1855, p. 301—69 и 410—15.
48) Longuet. De la complication cardiaque de la fièvre typhoïde et de la mort subite consécutive. Thèse de Paris. 1873.
49) Skoda. Allgemeine Wiener med. Ztg. 1863. p. 6.
50) Fabre. De l'insuffisance mitrale et des phénomènes cardiaques de la fièvre typhoïde. Gazette des hopitaux. 1877, p. 1003.
51) Hippolyte Martin. Recherches sur la nature et pathogénie des lesions viscerales consécutives à l'endarite oblitérante et progressive. Revue de médecine. 1881, p. 369.
52) Landouzy et Siredey. Contribution à l'histoire de l'arterite typhoïdique. Revue de médecine. 1885, p. 843.

53) Madet. Fréquence du pouls et élévation thermique dans la fièvre typhoïde. Thèse de P. 1883 p. 24—8.
54) Demauge. Considérations sur la forme cardiaque de la fièvre typhoïde et son traitement par les injections d'ergotine. Revue de médecine. 1885, p. 1025.
55) Dieulafoy. Mort subite dans la fièvre typhoïde. Thèse de Paris 1869.
56) Bussard. De la mort subite dans la fièvre typhoïde. Recueil des mémoires de médecine militaire. 1876. p. 428.
57) Besnier. Union méd. 1870 и 1873.
58) Laveran. Arch. de méd. 1871.
59) Carville. Sur la température dans la fièvre typh. Thèse de Paris. 1872.
60) Genuit. De la mort subite dans la fièvre, typhoïde. Thèse de Paris. 1875.
61) Menaut. De la mort subite dans le décours et la convalescence de la fièvre typhoïde. Thèse de Paris. 1875.
62) Tambareau. De la pathogènie de la mort subite dans la fièvre typhoïde. These de Paris. 1877.
63) Libermann. Mort subite par syncope dans le cours de la fièvre typhoïde. Gaz. des hôpitaux. 1877. p. 46.
64) Huchard. Etude critique sur la pathogénie de la mort subite dans la fièvre typhoïde. L'union méd. 1877.
65) Huchard. De la mort subite dans la fièvre typhoïde. Gazette hebdomadaire de médecine et de chirurgie. 1882, p. 443.
66) Dieulafoy. Gazette hebdomadaire de médecine et de chirurgie. 1877. p. 310.
67) Weil. De la mort subite dans la fièvre typhoïde. Gazette des hôpitaux. 1884. p. 509.
68) Marvaud. De la mort subite par syncope dans la fièvre typhoïde avec complications thoraciques. Archives générales de medecine 1880. p. 168.
69) Rabère. Etude sur la mort subite dans la fièvre typhoïde. Thèse de Paris. 1878.
70) Barberet et Chonet. Contribution à l'étude de la mort subite dans la fièvre typhoïde. Gazette hebdomadaire de médecine et de chirurgie. 1879. p. 329.
71) Dejerine. Comptes rendus de la société de Biologie. 1885.
72) Blachez. La mort subite dans la fièvre typhoïde. Gaz. hebdomadaire de méd. et de chir. 1882 p. 389.
73) Girard. De la fièvre typhoïde à debut pneumonique. Thèse de Paris. 1882.
74) Destais. Considérations sur quelques accidents pulmonaires survenant dans le cours de la fièvre typhoïde. Thèse de P. 1877.
75) Guillermet. Etude sur les complications pulmonaires, de la fièvre typhoïde. Thèse de P. 1878.
76) Gerhardt Berl. Klin. Wochenschr. 1885, p. 654.
77) Fritz. Etudes sur les symptomes spinaux, observés dans le cours de la fièvre typhoide. 1864, p. 106. Цит. по Gueneau de Mussy.
78) Letulle Troubles fonctionnels du pneumogastrique. Thèse d'aggrégation. 1882, p. 211.
79) G. Sée. Maladies du coeur. 2 изд. Цит. по Letulle.
80) Pitt. A case of hydrophobia in which the condition of the larynx was observed during a spasm. Guy's hospital reports, vol. XLII. 1884, p. 362.

81) Seailles-Ransan. Etude sur l'étiologie des vomissements dans la fièvre typhoïde. Thèse de Paris. 1877.
82) Chauffard. Déterminations gastriques de la fièvre typhoïde. Thèse d'aggrégation. 1883. Цит. по реф.
83) Cornil. Union médicale, 188), vol. 30, p. 674.
84) Penzoldt. Die Magenerweiterung. 1875.
85) Lepoil. Contribution à l'étude de la dilatation de l'estomac. Thèse de Paris. 1877, p. 14.
86) Montoya. Da la dilatation de l'estomac consécutive à la fièvre typhoïde. Thèse de Paris. 1884.
87) Legendre. Dilatation de l'estomac et fièvre typhoïde. 1886, p. 163.
88) Malibran. Contribution à l'étude des ectasies gastriques. Thèse de Paris. 1885, p. 133.
89) G. Sée et Mathieu. De la dilatation atonique de l'estomac. Revue de Médecine. 1884, p. 699.
90) Poensgen. Die motorischen Verrichtungen des menschlichen Magens. Preisschrift. Strassb. 1882, p. 38.
91) Eichhorst. Die trophischen Beziehungen der nervi vagi zum Herzmuskel. 1878.
92) Zander. Folgen der Vagusdurchschneidung bei Vögeln. Pflüger's Archiv. 1879, p. 263.
93) Анрепъ. Ursachen des Tabes nach Vagusdurchschneidung bei Vögeln.
94) Васильевъ. Матеріалы къ вопросу о трофическомъ вліяніи блуждающаго нерва на сердечную мышцу. Дисс. 1879.
95) Berger und Rosenbach. Ueber Coincidenz von Tabes dorsalis und Insufficienz der Aortenklappen. Berl. klin. Woch. 1879, p. 402.
96) Grasset. Ataxie locomotrice et lesions cardiaques. Montpellier médical, 1880, p. 483.
97) Truc. Ataxie locomotrice et lesions cardiaques. Lyon médical. 1883, p. 478.
98) Letulle. Note sur l'existence des lesions cardiaques dans l'ataxie locomotrice. Gazette médicale de Paris. 1880
99) Dreyfuss-Brisac. Gazette hebdomad. de méd. 1881.
100) Leyden. Ctrlbl. für klin. Medicin. 1887. № 1.
101) Heidenhain. Ueber arhythmische Herzthätigkeit. Pflüger's Archiv. 1872, p. 146.
102) Knoll. Ueber die Veränderungen des Herzschlages bei reflectorischer Erregung des vasomotorischen Nervensystems. Sitzungsberichte der K. K. Academie der Wissensch. Wien. 1872. Bd. 66, p. 213.
103) Bezold. Untersuchungen über die Innervation des Herzens. 1863.
104) Чирьевъ. Зависимость сердечнаго ритма отъ колебаній внутрисосудистаго давленія. Дисс. 1876, ст. 26—28.
105) Лукьяновъ. О функціональныхъ разстройствахъ сердца по отдѣльнымъ полостямъ. Дисс. 1883.
106) Павинскій. Клиническія изслѣдованія объ аритміи сердца. Дисс. Варшава. 1884.
107) Cardarelli. Malattie nervose e funzionali del cuore. Napoli. 1882.
108) Путятинъ. О патологическихъ измѣненіяхъ въ автоматическихъ узлахъ сердца при хроническихъ его страданіяхъ. Дисс. 1877.
109) Копылевскій. Объ измѣненіи автоматическихъ узловъ сердца при патологическихъ процессахъ въ мышцѣ его. Дисс. 1881.

110) Lancereaux. Gaz. hebdom. de méd. 1864.
111) Peter. M. Leçons de clinique médicale. 1873. I, p. 442.
112) Усковъ. Zur Pathologie der Herznerven. Virchow's Arch. Bd. 91. 1883, p. 453.
113) Grocco. Sulla patologia dei nervi cardiaci. Rivista clinica di Bologna. 1886, p. 890.
114) Черилевъ. Еженед. Клинич. Газета. 1887. № 2 и 3.
115) Blondeau. Etude clinique sur le pouls lent permanent avec attaques syncopales. Thèse de P. 1879.
116) D'Arman. Contribuzione allo studio del polso raro permanente. Rivista Veneta di scienze mediche. 1887. Novembre.
117) Habershon. Medico-chirurgical Transactions. 1864.
118) Herard et Cornil. De la phthisie pulmonaire. 1867, p. 510.
119) Hanot. Du rapport entre l'anevrysme de la crosse de l'aorte et la pneumonie caséeuse. Arch. génér. de médecine. 1876.
120) Constantin Paul. Diagnostic et traitement des maladies du coeur. 1883. p. 602.
121) Lebert. Ueber den Einfluss der Stenose des Conus arteriosus, des Ostium pulmonale und der Pulmonalarterie auf Entstehung von Tuberkulose. Berl. klin. Wochensch. 1867, p. 234.
122) Oulmont. Anevrysme de l'aorte et pneumonie chronique. Progrès médical. 1881, p. 3.
123) Pitres. Anevrysme de la crosse de l'aorte. Bull. de la société anatomique. 1875, p. 235.
124) Quincke. Болѣзни сосудовъ. Ziemssen. T. VI. 2, рус. пер. стр. 80.
125) Frommolt. Ueber das gleichzeitige Vorkommen von Herzklappenfehlern und Lungenschwindsucht. Archiv der Heilkunde. 1875, p. 238.
126) Johnson. On the laryngeal symptoms, which result from the pressure of aneurismal and other tumours upon the vagus and recurrent nerves. Medico-chirurgical Transactions, vol. 58, 1875, p. 29.
127) Bäumler. Pathological Transactions. 1872, vol. 23, p. 66.
128) Morell Mackenzie. Traité des maladies du larynx, du pharynx et de la trachée. Trad. de l'ang. par Moure et Bertier. 1882. p. 604.
129) Habershon. Lumleian lectures on the pathology of the pneumogastric nerve. 1877, p. 34.
130) Leared. Medical Times and Gazette. 1867, I, p. 695.
131) Fabre. Aug. Les relations pathogéniques des troubles nerveux. 1880. p. 131—3.
132) Boisseau. Etude sur les troubles gastriques dans les maladies du coeur. Thèse de P. 1879.
133) Gueneau de Mussy. Etudes clinique sur l'adènopathie bronchique. Gazette des hôpitaux. 1868.
134) Id. Signes d'adénopathie bronchique. Gaz. des hôp. 1869.
135) Id. Nouvelles recherches sur l'adénopathie bronchique. Gazette hebdom. de méd. 1873.
136) Id. Clinique médicale. I, 1874.
137) Id. France médicale. 1877.
138) Barety. De l'adénopathie trachéobronchique en général et en particulier dans la scrofule et dans la phthisie pulmonaire. Thèse de P. 1874.
139) Fernet. De la pneumonie aigue et de la névrite du pneumogastrique. France médicale. 1878, p. 173.

140) L. Brieger. Ein Fall von totaler doppelseitiger Stimmbandlähmung. Berl klin. Wochensch. 1877, p. 322.
141) С. Д. Костюринъ. Къ патологической анатоміи чахотки. Военно-медиц. жур. 1879.
142) Klemm. Das Verhalten der Heiserkeit zur anatomischen Ursache beim Stimmbandcatarrh und seine Prognose. Archiv für Heilkunde. 1875, p. 423.
143) Kittler. Ueber die paralytischen Stimmstörungen der Phthisiker. Aerztliches Intelligenz-Blatt. 1878, p. 228.
144) Gerhardt. Studien und Beobachtungen über die Stimmbandlähmung. Virchow's Arch. 1863. Bd. 27, p. 68.
145) Bassols y Prim. Alteraciones de la voz en el periodo presuntivo de la tuberculosi pulmonar. цит. по реф. въ Revue des sciences medicales Hayem'a 1887. vol. 29. p. 293.
146) Eug. Fränkel. Ueber pathologische Veränderungen der Kehlkopfmuskeln bei Phthisikern. Virchow's. Archiv. Bd. 71. p. 261.
147) Lavenère-Lahont. Des troubles fonctionnels de la tuberculose laryngée chronique. Thèse de P. 1880. p. 39.
148) Boisson. Contribution à l'étude des complications laryngées de la phthisie pulmonaire. These de P. 1880.
149) Gouguenheim Gaz. hebdom. de méd. 1881.
150) Bäumler. Ueber Recurrenslähmungen bei chronischen Lungenaffectionen. Ziemssen's Archiv. Bd. 37. 1885. p. 231.
151) Beverley Robinson. American Journal of med. Sciences. 1876. p. 88.
152) Heintze. Die Kehlkopfschwindsucht. 1879.
153) Лешъ. „Врачъ". 1884. № 20.
154) Коркуновъ. А. П. Объ образованіи чахоточныхъ язвъ въ гортани и объ участіи бугорчатыхъ палочекъ въ этомъ процессѣ „Врачъ" 1887. № 32.
155) Vulpian. Leçons sur l'appareil vasomoteur. II. p. 47.
156) Rowlatt. Du coeur dans la tuberculose pulmonaire chronique. Thèse de P. 1881.
157) Roth. Ein Fall von Tachycardie. Prager med. Wochenschrift. 1884. p. 472.
158) Proebsting. Ueber Tachykardie. Ziemssen's Archiv. 1882.
159) Скабичевскій. „Врачъ" 1882.
160) Левинъ А. „Врачъ" 1886.
161) Brinton. Traité des maladies de l'estomac, trad. de l'ang. par Riant 1870. p. 431.
162) Cattet. De quelques symptomes du début de la phthisie pulmonaire et de leur rapport avec l'irritation des pneumogastriques. Thèse de P. 1879.
163) Bourdon. Recherches sur quelques signes propres à caracteriser le début de la phthisie. Bull. de la soc. de méd. des hopitaux 1852. цит. по реф.
164) Cazeneuve. Etude sur les troubles gastriques dans la tuberculose. Thèse de P. 1883.
165) Beaunis. Физіологія. Русск. пер. II. стр. 717.
166) Poincaré. Le systeme nerveux périphérique. 1876. p. 382.
167) Rühle. Легочная чахотка. Ziemssen. Част. пат., т. V. 2-ое русск. изд.. стр. 572.
168) Michel Peter. De la douleur des pneumogastriques dans la region du cou dans la phthisie pulmonaire. France médicale. 1877. p. 658.
169) Gulat. Sur la paralysie diphtheritique du pneumogastrique. Thèse de P. 1881.

170) Suss. Revue des maladies de l'enfance. 1887.
171) Alvarez Gonzalez. Archivios de medecina y de cyrurgia de los niños Цит. по реф. въ Revue internationale des sciences medicales. 1886.
172) Gairdner. Revue des sciences méd. (Hayem) vol. 29. p. 347.
173) Oppenheim. Vaguserkrankungen im Verlaufe des Tabes. Berl. klin. Wochensch. 1885. p. 53.

———— ————

ОБЪЯСНЕНІЕ РИСУНКОВЪ.

Рис. 1. Атрофированныя нервныя клѣтки съ дефектами въ протоплазмѣ. Строма инфильтрирована лимфоидными тѣльцами. Брюшной тифъ.

Рис. 2. Endocarditis ulcerosa. *a* — продольно перерѣзанная маленькая вена, содержащая красныя и бѣлыя кровяныя тѣльца. *b* — массы лимфоидныхъ тѣлецъ, окружающія вену. *c* — нормальныя нервныя клѣтки въ своихъ капсулахъ. *d* — пустыя капсулы.

Рис. 3. Легочная чахотка. *a*—атрофированная нервная клѣтка. *b*—ядра размножившагося эндотелія капсулы. *c* — норм. нервная клѣтка.

Рис. 4. Воспалительная инфильтрація стромы узла лимфоидными элементами: слѣва нервная клѣтка и пустая капсула. Брюшной тифъ

Рис. 5. Hydrophobia. *a* - грануляціонный инфильтратъ, окружающій небольшую вену; *b*—круглыя лимфоидныя тѣльца въ полости капсулы; *c*—лимфоидныя тѣльца, инфильтрирующія строму между капсулами.

Рис. 6. Insuff. v. mitralis. Хроническое соединительно-тканное утолщеніе капсулъ.

Рис. 7. Insuff. v. mitralis. *a*—разрѣзы растянутыхъ сосудовъ, наполненныхъ красными кровяными тѣльцами. *b* — зернисто-перерожденная нервная клѣтка, съ дефектами протоплазмы. *c*—размножившіяся эндотелій капсулы.

Рис. 8. Легочная чахотка. Нервная клѣтка, пронизанная вакуолами. Эндотелій капсулы нѣсколько пролиферированъ.

Рис. 9. Брюшной тифъ. *a*—нервная клѣтка, окруженная густымъ слоемъ ядеръ размножившагося эндотелія. *b*—инфильтрація стромы лимфоидными тѣльцами. *c*—такая же инфильтрація между раздвинутыми пучками нервныхъ волоконъ. *d*—нервная клѣтка, окруженная кучками лимфоидныхъ тѣлецъ.

ПОЛОЖЕНІЯ.

1) Всякому раціональному леченію желудочныхъ диспепсій и катарровъ должно предшествовать тщательное изслѣдованіе химизма желудочнаго пищеваренія, ибо это изслѣдованіе, даже въ нынѣшней, весьма несовершенной еще формѣ, даетъ весьма цѣнные результаты.

2) Все болѣе и болѣе обогащающійся арсеналъ сердечныхъ средствъ пока служитъ, главнымъ образомъ, къ тому, чтобы выполнять неизбѣжныя паузы въ употребленіи наперстянки.

3) Ранній склерозъ сосудистыхъ стѣнокъ есть одно изъ выраженій наслѣдственнаго предрасположенія къ чахоткѣ.

4) Патологія клѣточнаго ядра вообще и въ частности аномаліи въ ходѣ каріокинетическихъ процессовъ заслуживаютъ самаго внимательнаго изученія.

5) Одинъ изъ самыхъ частыхъ источниковъ діагностическихъ ошибокъ заключается въ чрезмѣрномъ сосредоточеніи діагностическаго изслѣдованія на тѣхъ органахъ, на которые указываютъ жалобы больнаго. Методическое изслѣдованіе всего больнаго, съ ногъ до головы, составляетъ поэтому лучшее средство избѣжать ошибки въ діагностикѣ.

6) Современная врачебная діэтетика имѣетъ еще очень мало научныхъ опоръ; поэтому практическіе врачи въ своихъ діэтетическихъ назначеніяхъ не имѣютъ никакого основанія исходить изъ какихъ-нибудь общихъ положеній, а должны вполнѣ руководствоваться индивидуальностью больнаго.

CURRICULUM VITAE.

Врачъ Александръ Левинъ родился въ 1861 году въ С.-Петербургѣ. Въ 1871 году поступилъ въ 3-ю с.-петербургскую прогимназію (нынѣ 10-я гимназія), пройдя которую, перешелъ въ гимназію Императорскаго Человѣколюбиваго Общества, гдѣ и кончилъ курсъ въ 1879 году съ золотою медалью. Въ томъ же году поступилъ студентомъ на медицинскій факультетъ Кіевскаго университета, откуда въ 1883 году перешелъ на IV курсъ Военно-Медицинской Академіи, гдѣ и окончилъ курсъ въ 1885 г. со званіемъ лекаря съ отличіемъ (cum eximia laude). По конкурсу былъ оставленъ при Академіи въ институтѣ врачей для усовершенствованія и съ тѣхъ поръ состоитъ ординаторомъ клиники проф. В. А. Манассеина. За это время имъ напечатаны слѣдующія работы:

1) Измѣненія сочувственныхъ нервныхъ узловъ при легочной чахоткѣ. „Врачъ" 1886.

2) Къ вопросу объ образованіи споръ палочками сибирской язвы. „Врачъ" 1887.

3) Аретей Каппадокійскій. Этюдъ изъ исторіи греческой медицины. „Врачъ". 1887.

4) Матеріалы для патологіи блуждающаго нерва. 1888. Эта послѣдняя работа представлена имъ въ качествѣ диссертаціи на степень доктора медицины.